

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

MAYRA MARCELA RIBEIRO SIMIÃO

**ANÁLISE DE ATITUDES E CONHECIMENTOS ACERCA DA PESSOA
IDOSA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

ALFENAS/MG

2022

MAYRA MARCELA RIBEIRO SIMIÃO

**ANÁLISE DE ATITUDES E CONHECIMENTOS ACERCA DA PESSOA
IDOSA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Nutrição e Longevidade pela Universidade Federal de Alfnas. Área de Concentração: Nutrição.

Orientador(a): Fernanda de Carvalho Vidigal

Coorientador(a): Tábatta Renata Pereira de Brito

ALFENAS/MG

2022

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Simião, Mayra Marcela Ribeiro .

Análise de atitudes e conhecimentos acerca da pessoa idosa no contexto da Atenção Primária à Saúde / Mayra Marcela Ribeiro Simião. - Alfenas, MG, 2022.

363 f. : il. -

Orientador(a): Fernanda de Carvalho Vidigal.

Dissertação (Mestrado em Nutrição e Longevidade) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2022.

Bibliografia.

1. Ageísmo. 2. Estudo de validação. 3. Gestor de saúde. 4. Longevidade. 5. Profissionais de saúde. I. Vidigal, Fernanda de Carvalho, orient. II. Título.

Ficha gerada automaticamente com dados fornecidos pelo autor.

MAYRA MARCELA RIBEIRO SIMIÃO**ANÁLISE DE ATITUDES E CONHECIMENTOS ACERCA DA PESSOA IDOSA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Nutrição e Longevidade pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Nutrição e Longevidade.

Aprovada em: 25 de novembro de 2022

Profa. Dra. Fernanda de Carvalho Vidigal
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Bruna Moretti Luchesi
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi
Instituição: Universidade Federal de São Carlos



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda de Carvalho Vidigal, Professor do Magistério Superior**, em 25/11/2022, às 10:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Bruna Moretti Luchesi, Usuário Externo**, em 25/11/2022, às 10:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fabiana de Souza Orlandi, Usuário Externo**, em 25/11/2022, às 13:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0868764** e o código CRC **6AFA6204**.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à Deus. “Pois todas as coisas vêm dEle, existem por meio dEle e são para Ele. A Ele seja toda a glória para sempre! Amém” (Rm 8, 36).

Meu especial agradecimento, à Doutora Fernanda de Carvalho Vidigal, pela brilhante orientação, pela dedicação e competência com que conduz seu trabalho. Agradeço pela calma que representou em dias tempestuosos nessa trajetória de dois anos. Muito obrigada professora!

Também, meus agradecimentos à Doutora Tábatta Renata Pereira de Brito, pela orientação. Você foi essencial para o sucesso deste trabalho.

À todos os profissionais de saúde e gestores que gentilmente aceitaram preencher os questionários de pesquisa, tornando possível sua concretização.

À Universidade Federal de Viçosa e ao Projeto RENOB-MG pela oportunidade ímpar de poder ter feito parte deste trabalho tão importante. Em especial à professora Helen Hermana Miranda Hermsdorff, às coordenadoras dos eixos de pesquisa, profissionais de saúde e gestão: Daniela Mayumi, Maíra Mendes e Samila Nunes pela liderança.

À minha querida amiga Monica, pela força, por acreditar em mim, em meu trabalho e em meu potencial. Sou grata pelas inúmeras vezes que fui reconfortada por suas palavras que emanam amor. Obrigada minha amiga!

Também, agradeço aos meus colegas de turma do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Longevidade por compartilharmos deste momento tão especial em nossas vidas, em especial, à Micaela, pelos conselhos e parceria.

Não poderia deixar de agradecer aos meus pais e irmãos, por todo carinho. Vocês foram e são essenciais para a minha trajetória.

Ao meu querido amor, meu namorado Jonathan pelo apoio, por ser meu porto seguro em todo esse tempo. Serei eternamente grata!

À todos os professores e à Universidade Federal de Alfenas pela oportunidade e por me permitirem crescer um pouco mais em conhecimento.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil – (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil – (CAPES) pela bolsa recebida.

Enfim, a todos que de alguma forma cruzaram meu caminho e que contribuíram de algum modo para que este trabalho fosse realizado.

Meu muito obrigada!

RESUMO

Introdução: As pessoas idosas são as maiores usuárias dos serviços de saúde e a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta preferencial para essa população. Assim, os profissionais de saúde prestam cuidado à população idosa e os gestores são importantes para o cumprimento das políticas de saúde. Portanto, as atitudes e conhecimentos dos profissionais e gestores acerca da pessoa idosa podem afetar o cuidado prestado e a saúde desta população. **Objetivo:** Analisar atitudes e conhecimentos acerca da pessoa idosa de profissionais e gestores de saúde no contexto da APS. **Material e métodos:** Foram realizados dois estudos: 1) metodológico que atualizou e procedeu a validade de conteúdo e pré-teste do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice; 2) quantitativo de delineamento transversal sobre atitudes e conhecimentos gerontológicos de profissionais e gestores de saúde da APS. Realizou-se duas rodadas de validade de conteúdo. Utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo a nível de item (I-IVC) traduzido pelo Kappa modificado e a Razão de Validade de Conteúdo (RVC), sendo satisfatórias pontuações $\geq 0,78$, 0,74 e 1,00, respectivamente. O instrumento como um todo foi avaliado pelo Índice de Validade de Conteúdo a nível de escala de acordo com a média (S-IVC/Ave), assumindo ponto de corte de 0,90. Uma reunião com a autora da versão brasileira foi realizada para esclarecer itens não consensuados. O pré-teste foi conduzido com 34 indivíduos da população alvo e a praticabilidade do questionário foi avaliada pela taxa de concordância assumindo o ponto de corte 80,00%. O estudo transversal foi conduzido com 115 profissionais e gestores da APS, sendo aplicados o Questionário Palmore-Neri-Cachioni Atualizado e Revisado (2022) e a Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice. Avaliou-se a consistência interna dos instrumentos pelo *Alfa de Cronbach*. **Resultados:** No estudo metodológico, foram atualizadas as respostas de sete itens. Na primeira rodada de validade de conteúdo, 14 itens foram modificados. Após a segunda rodada, o S-IVC/Ave atingiu 0,96 para clareza e representatividade. Quatro itens não foram consensuados e foram discutidos com a autora da versão brasileira. O pré-teste contou com 34 respondentes e alcançou satisfatoriedade para os atributos avaliados. Dos 115 participantes do estudo transversal, 66,96% eram profissionais e 33,04% gestores de saúde. O *Alfa de Cronbach* do questionário Palmore-Neri-Cachioni foi de 0,58. Sobre os conhecimentos gerontológicos, a porcentagem média de acertos foi 63,83% (DP = 9,83), com maiores conhecimentos sobre os aspectos cognitivos e menores sobre os aspectos psicológicos. O sexo masculino apresentou maiores pontuações no escore geral e domínio físico. O *Alfa de Cronbach* para a Escala Neri foi 0,91. As atitudes foram positivas (2,81; DP = 0,48), sendo os domínios avaliados mais e menos positivamente,

Relacionamento Social e Agência, respectivamente. Os indivíduos que conviviam com pessoas idosas apresentaram atitudes mais positivas para o domínio Cognição. Maiores conhecimentos não se relacionaram à atitudes mais positivas. **Conclusão:** O Questionário Paltmore-Neri-Cachioni foi atualizado e apresentou validade de conteúdo, incluindo a de face satisfatórias. Os profissionais e gestores de saúde apresentaram atitudes positivas. Os conhecimentos não se relacionaram às atitudes.

Palavras-chave: ageísmo; estudo de validação; gestor de saúde; longevidade; profissionais de saúde.

ABSTRACT

Introduction: The older persons are the largest users of health services and Primary Health Care (PHC) is the preferred gateway for this population. Thus, health professionals provide care to the elderly population and managers are important for the fulfillment of health policies. Therefore, the attitudes and knowledge of professionals and managers about the elderly can affect the care provided and the health of this population. **Objective:** To analyze attitudes and knowledge about the elderly among health professionals and managers in the context of PHC. **Material and methods:** Two studies were conducted: 1) methodological that updated and carried out the content validity and pre-test of the Palmore-Neri-Cachioni Questionnaire of Basic Knowledge about Old Age; 2) quantitative of cross-sectional design on attitudes and gerontological knowledge of health professionals and managers of PHC. Two rounds of content validity were carried out. The item-level Content Validity Index (I-IVC) translated by modified Kappa and the Content Validity Ratio (CVR) were used, with scores ≥ 0.78 , 0.74, and 1.00 being satisfactory, respectively. The instrument as a whole was assessed by the Content Validity Index at the scale level according to the mean (S-IVC/Ave), assuming a cutoff point of 0.90. A meeting with the author of the Brazilian version was held to clarify non-consensus items. The pre-test was conducted with 34 individuals from the target population and the practicality of the questionnaire was evaluated by the concordance rate assuming the cut-off point of 80.00%. The cross-sectional study was conducted with 115 PHC professionals and managers, applying the updated and revised Palmore-Neri-Cachioni Questionnaire (2022) and the Neri Scale of Attitudes towards Old Age. The internal consistency of the instruments was evaluated by Cronbach's Alpha. **Results:** In the methodological study, the responses of seven items were updated. In the first round of content validity, 14 items were modified. After the second round, the S-IVC/Ave reached 0.96 for clarity and representativeness. Four items were not agreed upon and were discussed with the author of the Brazilian version. The pre-test had 34 respondents and achieved satisfactory results for the evaluated attributes. Of the 115 participants in the cross-sectional study, 66.96% were professionals and 33.04% health managers. The Cronbach's alpha of the Palmore-Neri-Cachioni questionnaire was 0.58. About gerontological knowledge, the mean percentage of correct answers was 63.83% (SD = 9.83), with higher knowledge on cognitive aspects and lower on psychological aspects. Males had higher scores in the overall score and physical domain. Cronbach's alpha for the Neri Scale was 0.91. Attitudes were positive (2.81; SD = 0.48), being the domains evaluated most and least positively, Social Relationship and Agency, consecutively. Individuals who lived with older people showed more

positive attitudes for the Cognition domain. Greater knowledge was not related to more positive attitudes. **Conclusion:** The Palmore-Neri-Cachioni Questionnaire was updated and presented satisfactory content validity, including face validity. Healthcare professionals and managers showed positive attitudes. Knowledge was not related to attitudes.

Keywords: ageism; validation study; health manager; longevity; health professionals.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha do tempo do <i>Facts on Aging Quis</i> de Pالمore, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	42
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Relação dos julgamentos quanto à necessidade de atualização das respostas dos itens do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice - Versão 1.0, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	75
Gráfico 2 –	Decisão das sugestões de atualização, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	83
Gráfico 3 –	Avaliação da Praticabilidade do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice - Versão 3.0, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	122
Gráfico 4 –	Porcentagem de acertos por item do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022) para avaliação de conhecimentos básicos sobre a Velhice dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas Minas Gerais, Brasil, 2022	149

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Definição e fórmula I-IVC, S-IVC/ Ave e S-IVC/UA, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	56
Quadro 2 –	Análise dos itens realocados da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	68
Quadro 3 –	Domínios fatoriais e itens da escala para avaliação de atitudes em relação à pessoa idosa, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	69
Quadro 4 –	Relação da atualização das respostas dos itens do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 1.0, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	81
Quadro 5 –	Comparação dos itens pré e pós primeira rodada de validação de conteúdo pelos juízes especialistas, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	99
Quadro 6 –	Comparação dos itens e características do instrumento antes e depois da discussão com a autora, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	113

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Avaliação de I-IVC e Kappa modificado com diferentes números de especialistas e concordância, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	58
Tabela 2 –	Valores de RVC críticos de acordo com o número de especialistas que precisam concordar que um item é “essencial”, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	59
Tabela 3 –	Caracterização sociodemográfica e acadêmico/profissional dos expertos (n = 3) em Geriatria/Gerontologia da etapa de atualização do questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	73
Tabela 4 –	Caracterização sociodemográfica e acadêmico/profissional dos membros do comitê de juízes especialistas (n = 5) da primeira rodada de validação de conteúdo do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.0, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	85
Tabela 5 –	Avaliação da Primeira Rodada de Validade de Conteúdo dos itens do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.0, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	88
Tabela 6 –	Avaliação da abrangência dos domínios da primeira rodada de validação de conteúdo do Questionário Palmore-Neri Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.0, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	96
Tabela 7 –	Avaliação das características do Questionário Palmore-Neri Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.0, primeira rodada de validação de conteúdo, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022 ..	97
Tabela 8 –	Avaliação da validade de conteúdo a nível de escala: S-IVC/Ave e S-IVC/UA pré-exclusão de itens, primeira rodada de validação de conteúdo, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	98
Tabela 9 –	Avaliação da Validade de Conteúdo dos itens do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.1, segunda rodada de validação de conteúdo, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	109

Tabela 10 –	Avaliação da validade de conteúdo a nível de escala: S-IVC/Ave e S-IVC/UA, segunda rodada de avaliação de conteúdo, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	112
Tabela 11 –	Caracterização sociodemográfica e acadêmico/profissional dos participantes do Pré-Teste do Questionário Paltmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	117
Tabela 12 –	Caracterização da amostra de profissionais e gestores de saúde atuantes na Atenção Primária no estado de Minas Gerais, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	130
Tabela 13 –	Estatística descritiva por domínio da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice para profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	134
Tabela 14 –	Distribuição das pontuações por itens, segundo os domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	134
Tabela 15 –	Escore por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice segundo a variável sexo, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	136
Tabela 16 –	Escore por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, segundo a variável idade, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	137
Tabela 17 –	Escore por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, segundo a variável convivência com pessoas idosas fora do ambiente de trabalho, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	138
Tabela 18 –	Escore por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, segundo a variável vivência prática com pessoas idosas na graduação, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	139
Tabela 19 –	Escore por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, segundo a variável Disciplina de Geriatria/Gerontologia, dos	

	profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	140
Tabela 20 –	Escores por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, segundo a variável tempo de formação, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	141
Tabela 21 –	Escores por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, segundo a variável Pós-Graduação em Geriatria/Gerontologia, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	142
Tabela 22 –	Escores por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, segundo a variável experiência profissional anterior ao cargo atual, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	143
Tabela 23 –	Escores por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, segundo a variável categoria profissional, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	144
Tabela 24 –	Escores por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, segundo a variável cargo atual, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	145
Tabela 25 –	Escores por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, segundo a variável tempo de atuação na APS, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	146
Tabela 26 –	Estatística descritiva do percentual de acertos por domínio do Questionário Palmore-Neri-Cachioni para Avaliação de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022) para profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	148
Tabela 27 –	Percentuais de acertos total e por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável sexo, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	150
Tabela 28 –	Percentuais de acertos total e por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável	

	idade, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	151
Tabela 29 –	Percentuais de acertos total e por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável convivência com pessoas idosas fora do ambiente de trabalho, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	152
Tabela 30 –	Percentuais de acertos total e por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável vivência prática com pessoas idosas na graduação, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	153
Tabela 31 –	Percentuais de acertos total e por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável Disciplina de Geriatria/Gerontologia na graduação, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	154
Tabela 32 –	Percentuais de acertos por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável tempo de formação, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	155
Tabela 33 –	Percentuais de acertos total e por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável Pós-Graduação em Geriatria/Gerontologia, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	156
Tabela 34 –	Percentuais de acertos total e por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável experiência anterior ao cargo atual, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	157
Tabela 35 –	Percentuais de acertos por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável Categoria profissional, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	158
Tabela 36 –	Percentuais de acertos total e por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável	

	cargo atual, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	159
Tabela 37 –	Percentuais de acertos por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável tempo de atuação na APS, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	160
Tabela 38 –	Correlação entre a Escala Neri e o Percentual de acertos do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022), dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	162
Tabela 39 –	Correlação entre os itens da Escala Neri e o Percentual de acertos do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022), dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022	163

LISTA DE SIGLAS

AAQ	<i>Attitudes to Aging Questionnaire</i>
AB	Atenção Básica
APA	American Psychiatric Association
APS	Atenção Primária a Saúde
CCNTs	Condições Crônicas não Transmissíveis
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
COVID-19	Doença do Coronavírus 2019
CV	Coefficiente de variação
CVC	Coefficiente de Validade de Conteúdo
DP	Desvio Padrão
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	equipe de Saúde da Família
FA	Frequência absoluta
FAQ	<i>Facts on Aging Quis</i>
FR	Frequência relativa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
ICC	Coefficiente de Correlação Interclasse
I-IVC	Índice de Validade de Conteúdo a nível de item
ILC-Brasil	Centro Internacional de Longevidade Brasil
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NASF-AP	Núcleo Ampliado à Saúde da Família e Atenção Primária
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Política Nacional de Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa de Saúde da Família
QR	<i>Quick Response</i>
QV	Qualidade de Vida
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENOB-MG	Rede para Enfrentamento da Obesidade e Doenças Crônicas em Minas Gerais
RVC	Razão de Validade de Conteúdo (RVC)
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SET	Teoria da Personificação do Estereótipo
S-IVC	Índice de Validade de Conteúdo no nível de escala
S-IVC/Ave	Índice de Validade de Conteúdo no nível de escala com base na média
S-IVC/UA	Índice de Validade de Conteúdo no nível de escala com base no acordo universal
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SRS	Secretarias Regionais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
TLQ	<i>Tuckman and Lorge Questionnaire</i>
UA	<i>Universal Accordance</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFSJ	Universidade Federal de São João del Rei
UFV	Universidade Federal de Viçosa
UNATI	Universidade Aberta à Terceira Idade
UNIFAL	Universidade Federal de Alfenas
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
1.1	OBJETIVOS	25
1.1.1	Objetivo geral	25
1.1.2	Objetivos específicos	25
1.2	JUSTIFICATIVA	26
2	DESENVOLVIMENTO	28
2.1	REFERENCIAL TEÓRICO	28
2.1.1	Atenção Primária à Saúde no Brasil	28
2.1.1.1	Gestão na Atenção Primária à Saúde.....	31
2.1.2	Assistência à saúde da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde.....	33
2.1.3	Atitudes e conhecimentos acerca da pessoa idosa	35
2.2	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	38
2.2.1	Avaliação das atitudes em relação à pessoa idosa	38
2.2.2	Avaliação de Conhecimentos Básicos acerca da pessoa idosa	40
2.2.3	Instrumentos Edumétricos: Questionário Palmore-Neri-Cachioni para Avaliação de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice	43
2.2.4	Validade	44
2.2.4.1	Validade de conteúdo	44
2.2.4.2	Validade de face, pré-teste e praticabilidade	47
2.2.5	Confiabilidade	48
2.3	MATERIAL E MÉTODOS	49
2.3.1	Aspecto ético do estudo	49
2.3.2	Desenho	49
2.3.3	Estudo metodológico	50
2.3.3.1	Etapa 1: Atualização do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice	50
2.3.3.1.1	<i>Participantes</i>	51
2.3.3.1.2	<i>Coleta de dados</i>	51
2.3.3.1.3	<i>Tratamento e análise dos dados</i>	52
2.3.3.2	Etapa 2: Avaliação da Validade de Conteúdo do Questionário Palmore- Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.0 –	

	Primeira rodada	52
2.3.3.2.1	<i>Participantes</i>	53
2.3.3.2.2	<i>Coleta de dados</i>	54
2.3.3.2.3	<i>Tratamento e Análise dos Dados</i>	55
2.3.3.3	Etapa 3: Pré-Teste do Questionário Palmore Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 3.0	63
2.3.3.3.1	<i>Participantes</i>	63
2.3.3.3.2	<i>Instrumentos</i>	64
2.3.3.3.3	<i>Coleta de dados</i>	64
2.3.3.3.4	<i>Tratamento e análise dos dados</i>	65
2.3.4	Estudo transversal	65
2.3.4.1	Participantes/amostra	65
2.3.4.2	Convite aos participantes	66
2.3.4.3	Instrumentos	67
2.3.4.3.1	<i>Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022)</i>	67
2.3.4.3.2	<i>Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice</i>	67
2.3.4.4	Coleta de dados	69
2.3.4.5	Variáveis do estudo	70
2.3.4.6	Análise e processamento dos dados	70
2.4	RESULTADOS	72
2.4.1	Estudo metodológico	72
2.4.1.1	Etapa 1: Atualização do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice	72
2.4.1.1.1	<i>Caracterização dos especialistas da etapa de atualização</i>	72
2.4.1.1.2	<i>Atualização do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice</i>	74
2.4.1.2	Etapa 2: Avaliação da Validade de conteúdo do Questionário Palmore- Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.0 – Primeira rodada	84
2.4.1.2.1	<i>Caracterização dos membros do comitê de juízes especialistas da primeira rodada de validação de conteúdo</i>	84
2.4.1.2.2	<i>Avaliação da validade de conteúdo dos itens</i>	87

2.4.1.2.3	<i>Avaliação da abrangência dos domínios</i>	96
2.4.1.2.4	<i>Avaliação das características do instrumento</i>	96
2.4.1.2.5	<i>Avaliação da validade de conteúdo a nível de escala</i>	98
2.4.1.2.6	<i>Obtenção do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice - Versão 2.1</i>	98
2.4.1.3	<i>Avaliação da Validade de conteúdo do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.1 – Segunda Rodada</i>	107
2.4.1.3.1	<i>Caracterização do membro do comitê de juízes especialistas</i>	107
2.4.1.3.2	<i>Avaliação da validade de conteúdo dos itens</i>	108
2.4.1.3.3	<i>Avaliação das características do instrumento (título e instrução)</i>	111
2.4.1.3.4	<i>Avaliação da validade de conteúdo a nível de escala</i>	111
2.4.1.3.5	<i>Etapa coletiva: pesquisadoras e autora do instrumento traduzido para o português e adaptado</i>	112
2.4.1.4	<i>Etapa 3: Pré-Teste do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 3.0</i>	115
2.4.1.4.1	<i>Caracterização dos participantes</i>	115
2.4.1.4.2	<i>Avaliação da Praticabilidade</i>	121
2.4.1.5	<i>Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice - Atualizado e Revisado (2022)</i>	122
2.4.2	Estudo transversal	128
2.4.2.1	<i>Caracterização da amostra</i>	128
2.4.2.2	<i>Atitudes em relação à Velhice dos profissionais e gestores de saúde atuantes na Atenção Primária em Minas Gerais</i>	133
2.4.2.3	<i>Conhecimentos básicos gerontológicos dos profissionais e gestores de saúde atuantes na Atenção Primária em Minas Gerais</i>	147
2.4.2.4	<i>Atitudes e Conhecimentos acerca da pessoa idosa</i>	161
2.5	DISCUSSÃO	164
2.5.1	Estudo metodológico	164
2.5.2	Estudo transversal	170
2.5.2.1	<i>Caracterização da amostra</i>	170
2.5.2.2	<i>Atitudes em relação à velhice</i>	172
2.5.2.3	<i>Conhecimentos básicos sobre a velhice</i>	176

2.5.2.4	Atitudes e conhecimentos acerca da pessoa idosa	181
2.5.3	Pontos fortes, limitações e recomendações para estudos futuros	182
3	CONCLUSÃO	185
	REFERÊNCIAS	186
	APÊNDICES	213
	ANEXOS	338

1 INTRODUÇÃO

A população brasileira está envelhecendo. O Brasil é responsável por uma das taxas mais aceleradas de envelhecimento do planeta (LIMA-COSTA, 2018). Estima-se que em 2030, as pessoas idosas representarão 18,6% da população do país e em 2060, os indivíduos desta faixa etária representarão mais de um terço dos brasileiros (NEUMANN; ALBERT, 2018).

Do ponto de vista biológico, o processo de envelhecimento relaciona-se à redução das reservas funcionais, desenvolvimento de Condições Crônicas não Transmissíveis (CCNTs) e perda gradativa da capacidade funcional, aumentando a demanda das pessoas idosas pelos serviços de saúde, tornando-os seus maiores usuários (LÓPEZ-HERNÁNDEZ *et al.*, 2021; RODRIGUES, 2014).

Assim, para promoção de um envelhecimento saudável, os serviços de saúde devem se qualificar em ações de prevenção, identificação e monitoramento precoces das CCNTs e da redução da capacidade funcional, além do correto monitoramento das CCNTs já instaladas (MUHSIN *et al.*, 2020). É essencial que haja priorização da atenção primária, atendendo a população idosa dentro do seu ambiente de vivência e promovendo um cuidado interdisciplinar (CECCON *et al.*, 2021).

Neste sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível prioritário de atenção à saúde das pessoas idosas e é o modelo que tem as condições e propriedades para suprir a maior parte das necessidades de saúde destes indivíduos. Suas características englobam atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, sendo executada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), cuja a saúde da pessoa idosa engloba ações individuais e coletivas de promoção da saúde e prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos (PLACIDELI *et al.*, 2020; SCHENKER; COSTA, 2019).

Diante disto, é necessário que profissionais e gestores de saúde estejam preparados para promover uma assistência à saúde resolutiva a esta população. Os profissionais de saúde devem dominar aspectos teóricos de cunho biológico, psicológico, social e cultural do envelhecimento (MUHSIN *et al.*, 2020). Da mesma forma, os gestores devem promover educação permanente aos profissionais, garantir a utilização por parte das pessoas idosas, de todos os serviços de saúde necessários, além de implementar as políticas públicas voltadas ao envelhecimento (CHAVES, 2015).

Perante este cenário, a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde pode ser influenciada pelas atitudes negativas em relação à velhice (BURNES *et al.*, 2019). Estas, se constituem uma rede permanente de crenças, podendo ser positivas ou negativas, que

predispõe um indivíduo a se comportar de determinada forma (HENRÍQUEZ *et al.*, 2020). Ainda, as atitudes se relacionam aos estereótipos (percepções), preconceitos (emoções) e discriminação (comportamento) contra um indivíduo, sendo contemplada pelo idadismo (*ageism* em inglês), nome dado ao preconceito contra uma pessoa, baseado na sua idade (HWANG; KIM, 2021; VALE *et al.*, 2020).

Com isso, as atitudes positivas têm uma relação inversamente proporcional ao idadismo, sendo este inaceitável em ambientes assistenciais de saúde pública (HWANG; KIM, 2021; LEE *et al.*, 2020). Apesar disto, um estudo publicado com uma amostra representativa de pessoas idosas brasileiras, que avaliou a percepção de atitudes de discriminação percebida por elas, evidenciou que o ambiente de saúde foi o local onde mais se encontrou experiências discriminatórias (BRAGA *et al.*, 2019).

Do mesmo modo, as pesquisas mais recentes sobre o idadismo, que advêm da pandemia da Doença do Coronavírus 2019 (COVID-19), instaurada em março de 2020, evidenciaram mais uma vez o idadismo contra as pessoas idosas nos serviços de saúde. A idade foi muitas vezes o único critério para se recomendar o isolamento social e para se ofertar cuidados e terapias e, embora as pessoas idosas tiveram prioridade na vacinação, muitos ensaios clínicos sobre a vacina, excluíram-nas (ALTIN; BURAN, 2022; MARTÍNEZ-ARNAU *et al.*, 2022; SWIFT; CHASTEEN, 2021; VALE *et al.*, 2020; VISINTIN, 2021).

Portanto, faz-se necessário a realização de intervenções que visem à atitudes mais positivas no contexto da saúde e a aquisição de conhecimentos gerontológicos é uma das estratégias mais importantes, já que segundo a Teoria da Consistência Atitude-Comportamento, o conhecimento tem uma relação de causalidade com atitudes mais positivas frente às pessoas idosas (YAO *et al.*, 2021).

Diante disso, a avaliação de condições passíveis de mudanças como as atitudes e conhecimentos sobre a pessoa idosa é fundamental (VIEIRA *et al.*, 2019). Essas variáveis podem afetar a quantidade e qualidade da assistência prestada pelas diferentes categorias profissionais que compõem as equipes de saúde e o trabalho exercido pelos gestores no âmbito da atenção primária, que são essenciais para o efetivo manejo das questões de saúde das pessoas idosas, a fim de que se promova um envelhecimento ativo com vistas à longevidade.

Logo, embora as atitudes e conhecimentos acerca da pessoa idosa tenham sido amplamente estudados, a maioria dos trabalhos são realizados no contexto da enfermagem ou em estudantes de áreas da saúde (CHENG *et al.*, 2020; CHENG, 2021; HENRÍQUEZ *et al.*, 2020; LEE *et al.*, 2020; LÓPEZ-HERNÁNDEZ *et al.*, 2021; MANDEGARI BAMAKAN *et al.*, 2021; MUHSIN *et al.*, 2020; YAO *et al.*, 2021), sendo poucos aqueles que avaliam estes

aspectos em diversas categorias profissionais (LEE *et al.*, 2020) e escassos aqueles realizados no âmbito da APS (FERREIRA; RUIZ, 2012; VIEIRA *et al.*, 2019). Além disso, não foram identificadas nas buscas publicações envolvendo gestores de saúde. Desta forma, a avaliação de atitudes e conhecimentos acerca da pessoa idosa de variadas categorias profissionais e gestores de saúde atuantes na Atenção Primária se constitui uma lacuna de pesquisa a ser preenchida.

Exposto isso, esta dissertação se constroi sob os seguintes problemas: Qual o perfil das atitudes sobre a velhice e o nível de conhecimento básico gerontológico dos gestores e profissionais de saúde da APS? Seus conhecimentos estão relacionados à atitudes mais positivas?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar atitudes e conhecimentos acerca da pessoa idosa, de profissionais e gestores de saúde que atuam no contexto da Atenção Primária à Saúde.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) atualizar as respostas do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice;
- b) investigar a validade de conteúdo do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice;
- c) avaliar a validade de face do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice;
- d) avaliar os conhecimentos dos profissionais e gestores de saúde da atenção primária sobre a pessoa idosa e o processo de envelhecimento;
- e) mensurar as atitudes dos profissionais e gestores de saúde da atenção primária sobre a velhice;
- f) avaliar a consistência interna do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice Atualizado e Revisado (2022) e da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice;

- g) analisar as atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde e gestores atuantes na atenção primária de acordo com aspectos sociodemográficos e acadêmico/profissionais;
- h) avaliar a relação entre conhecimentos e atitudes de profissionais e gestores de saúde atuantes na atenção primária em relação à velhice.

1.2 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional impacta vários setores de sociedade, inclusive o setor saúde. Assim, a reorganização dos sistemas de saúde com foco na atenção primária é iminente, para promover um envelhecimento saudável e os profissionais e gestores exercem papel importante nessa questão (BRASIL, 2020c).

Neste sentido, estratégias mundiais têm sido adotadas para promoção de um envelhecimento saudável, como é o caso da Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030, declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que consiste no segundo plano de ação da Estratégia Global sobre envelhecimento e saúde. Esta estratégia, apresenta como primeira área de ação, “*mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos com relação à idade e ao envelhecimento*”, para assim combater a discriminação por idade e formar uma sociedade com uma visão mais positiva sobre o envelhecimento e mais integrada quanto à velhice (OPAS, 2020).

Ademais, o Relatório Mundial do Idadismo reafirma que combater o idadismo é fundamental para que se alcance êxito nas demais áreas de ação propostas, como o fornecimento de serviços integrados de atenção primária, capaz de suprir as demandas da população idosa (OPAS, 2022).

Entretanto, para se intervir, primeiro faz-se necessário conhecer qual é o perfil de atitudes e conhecimentos sobre as pessoas idosas e o processo de envelhecimento, dos profissionais e gestores de saúde atuantes na atenção primária.

Nessa perspectiva, as características da APS são essenciais para o direcionamento das ações em saúde e a pesquisa de caráter avaliativo leva ao apontamento de deficiências e fragilidades do objeto estudado, levando à produção de elementos para orientar a mudança, melhorar a assistência e a qualidade do cuidado prestado (PINTO *et al.*, 2021).

Os instrumentos aplicados para a obtenção dos dados são de importante utilização, tanto por pesquisadores quanto por formuladores de políticas, para identificação de falhas no

desempenho da APS e viabilização da orientação das ações dos serviços de saúde (LAVOIE *et al.*, 2018).

Também ressalta-se a importância da análise da validade e confiabilidade destes instrumentos, pois evidenciam a utilização de questionários/escalas que sejam válidos e confiáveis para o contexto e o propósito a que se destinam.

Assim, do ponto de vista científico, político e social, identificar os gargalos referentes aos conhecimentos e às atitudes de profissionais e gestores de saúde, frente ao envelhecimento, é fundamental para que os gestores se engajem em viabilizar adequada formação e educação permanente aos profissionais que lidam com as pessoas idosas, no contexto da atenção primária. Os resultados poderão subsidiar a promoção de mudanças na formação acadêmica de profissionais de saúde, a fim de que detenham conhecimentos suficientes e adequados sobre o envelhecimento e suas características, os quais influirão em atitudes mais positivas frente às pessoas idosas. Aliado a isto, gestores e profissionais poderão se mobilizar para juntamente executarem as políticas e diretrizes que regem a saúde pública brasileira e que visam o envelhecimento ativo, contribuindo para a longevidade.

Do ponto de vista institucional, esta pesquisa se vincula à UNIFAL-MG por meio do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Longevidade. Sua relevância se dá a partir do entendimento de quatro pontos: 1) a longevidade se conceitua como uma longa duração da vida saudável, 2) a população idosa é a faixa etária que mais cresce no Brasil; 3) A APS é o eixo ordenador do cuidado e porta de entrada no sistema de saúde brasileiro, sendo a ESF, o modelo adotado para sua execução, detendo propriedade suficiente para a resolução da maioria das questões de saúde das pessoas idosas; 4) As atitudes e conhecimentos acerca da pessoa idosa podem influenciar o cuidado prestado, a criação e execução das políticas de saúde voltadas à esta população, conseqüentemente podendo afetar sua situação de saúde e a longevidade.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil

O conceito “Atenção Primária à Saúde” (APS) foi utilizado no Relatório de Dawson, publicado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido em 1920, sendo um dos registros iniciais do termo, considerando a organização do sistema de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade e com delimitação do território. Este documento influenciou a criação do Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra em 1948, além de fundamentar discussões em outros países do mundo a fim de reorganizarem seus sistemas de saúde (LAVRAS, 2011; PORTELA, 2017).

Já em 1978, no atual Cazaquistão, foi realizada a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, outro marco histórico para a atenção primária, tendo a Declaração de Alma-Ata, reforçado a saúde como um direito humano fundamental e responsabilidade dos governos, havendo também a concordância de que a atenção primária baseada na universalidade, integralidade e equidade se constitui como o modelo organizativo capaz de promover saúde à população mundial com vistas à uma vida econômica e social ativas (BRASIL, 2002; LAVRAS, 2011).

Essas discussões também pautaram o movimento sanitário no Brasil, onde observou-se várias iniciativas para se estabelecer a APS. Em 1988, no período de redemocratização do país, tem-se a promulgação da Constituição Federal, colocando a saúde como direito de todos e dever do Estado e pela qual foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), pautado nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; BRASIL, 1988).

Mas o principal marco da APS no Brasil, ocorreu em 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), depois de experiências exitosas com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Estes programas se constituíram estratégias do Ministério da Saúde para fortalecer a APS nos municípios e marcaram o início de uma política de Atenção Básica (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; CASTRO; MACHADO, 2010; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Assim, o PSF foi pouco a pouco se estabelecendo como a mais importante estratégia para reorganização do modelo assistencial e em 2006 passou a se denominar “Estratégia Saúde

da Família” (ESF). Elucidada por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), marco histórico da expansão e consolidação em nível nacional da ESF, com vistas a reorganização da atenção primária no país (PINTO; GIOVANELLA, 2018). A PNAB foi revisada em 2011 e 2017, considerando equivalentes os termos “Atenção Primária à Saúde” e “Atenção Básica” (AB), que é definida como:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p. 02).

Com isso, a ESF assume o papel de “porta de entrada” preferencial do sistema de saúde, sendo composta por equipe multiprofissional capaz de cobrir toda a população do território delimitado, a fim de integrar e coordenar o cuidado, satisfazendo as necessidades de saúde da população adscrita (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde compõem as equipes de Saúde da Família (eSF). Estas passaram por remodelações e acréscimos, como a inserção da equipe de saúde bucal (GIOVANELLA, 2006; MELO *et al.*, 2018).

Já o conceito de “porta de entrada”, também chamado *gatekeeper*, era utilizado desde 1960 em alguns países que têm na Unidade Básica de Saúde (UBS) o primeiro nível de atenção à saúde dentro de um sistema hierarquizado. Possuir uma “porta de entrada” organizada e fortalecida é uma característica de sistemas de saúde que apresentam melhores performances, pois representa um critério essencial para a hierarquização e maior efetividade (CALNAN; HUTTEN; HRVOJE, 2005; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Barbara Starfield, autora clássica do tema Atenção Primária à Saúde, estabeleceu os atributos da APS, sendo eles divididos em essenciais e derivados: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado compõem os atributos essenciais e orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural, os atributos derivados. Ainda, a autora salienta que sistemas pautados na atenção primária são mais efetivos em seus resultados em saúde, levando a melhores indicadores de morbimortalidade, além de favorecerem maior satisfação dos usuários quanto ao serviço prestado (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018; STARFIELD, 2002; STARFIELD, 2007).

Deste modo, no Brasil, a ESF tem gerado resultados positivos como melhorias no acesso e utilização dos serviços de saúde; redução da mortalidade infantil e da mortalidade por algumas

condições sensíveis à atenção primária; expansão da oferta de tratamentos, melhorias na equidade e redução da desigualdade no acesso aos serviços e na saúde dos usuários (MACINKO; MEDONÇA, 2018).

Logo, no ano de 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de aumentar a resolubilidade, abrangência e o escopo das ações da atenção primária (BRASIL, 2008). A equipe é composta por diferentes profissionais e especialistas, como educador físico, fisioterapeuta, médico geriatra, nutricionista, psicólogo, entre outros. A escolha das categorias profissionais é competência do gestor local, devendo ser pautada nas necessidades em saúde da população (BRASIL, 2017).

Contudo, houve reformulações ao longo do tempo quanto ao nome e composição de equipe. Em 2017, a PNAB nomeou como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Foi nomeado em outra portaria do Ministério da Saúde de Núcleo Ampliado à Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP) (BRASIL, 2017; BRASIL, 2020b).

A partir de então, as equipes do NASF têm cooperado para o combate e resolução das necessidades em saúde predominantes nos territórios. A atuação deve ser pautada nos preceitos de clínica ampliada e de equipe interdisciplinar, assumindo a corresponsabilidade com a ESF (NASCIMENTO; MENDONÇA; OLIVEIRA, 2019). O NASF se ampara em um referencial teórico metodológico de apoio matricial, ao qual um profissional “especialista” em um determinado núcleo do conhecimento devido à sua formação, conduz os demais profissionais detentores de outros núcleos de conhecimento, a fim de favorecer a eficácia da atuação da equipe (CUNHA; GASTÃO, 2011).

Quanto às categorias profissionais, um estudo multicêntrico realizado em Santa Catarina revelou maior prevalência de psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas nos NASF. Estes, realizavam atendimento individual, atendimento compartilhado em colaboração e troca de saberes entre a equipe, atividades em grupos juntamente com a eSF, na área ou não dos profissionais do NASF. Corroborando assim, a importância dos núcleos para o fortalecimento da APS no Brasil (VENDRUSCOLO *et al.*, 2020).

Contudo, o cenário epidemiológico do país, caracterizado pela tripla carga de doenças (condições agudas, condições crônicas e causas externas) e a rápida transição demográfica, emergiu na necessidade de reorganização do sistema de saúde, pois a fragmentação das ações representadas pelo tratamento das condições agudas e agudizações das condições crônicas não

eram suficientes para atender às demandas sanitárias atuais e futuras (BRASIL, 2010; MENDES, 2010).

Assim, a partir do ano de 2010, a organização do sistema de saúde no Brasil tem se configurado principalmente por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como recomenda a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (OPAS, 2010). A proposta da RAS visa corrigir os gargalos do sistema de saúde brasileiro quanto à fragmentação de suas ações e serviços, decorrentes de uma série de fatores como ações centradas no modelo curativista e no cuidado médico, realização de serviços por meio da oferta e, uma heterogeneidade nas necessidades de saúde e características socioeconômicas entre as regiões do país (BRASIL, 2010).

Mendes (2010) apresentou as evidências positivas dos países que executam a saúde por meio da organização em redes, revelando resultados como maior satisfação dos usuários, redução dos custos com a saúde, melhores resultados sanitários e da qualidade do tratamento. Controle de CCNTs como diabetes, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas, redução do uso da atenção especializada, benefícios para a saúde mental e benefícios para o cuidado às pessoas idosas são alguns dos exemplos mencionados pelo autor.

Por fim, é indiscutível o avanço da APS brasileira. A expansão da ESF é a principal responsável pelo sucesso do SUS. Contudo, ainda existem problemas de infraestrutura e suprimento de insumos, provisão de recursos humanos e estruturação dos serviços. Ainda que existam diretrizes, metas, modelos e protocolos de trabalho a serem seguidos, evidencia-se que os processos de gestão das ESF e de exercício profissional das equipes, são pautados pela oferta de ações e serviços de saúde que são sistematicamente deficientes. Assim, algumas propostas podem ser úteis para superação destes percalços como maior número de profissionais do NASF no dia a dia dos serviços, devido ao aumento de indivíduos com problemas de saúde mental, com multimorbidades e pessoas idosas; a atuação de equipes completas em tempo integral e a educação permanente (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

2.1.1.1 Gestão na Atenção Primária à Saúde

Com a promulgação da Constituição Federal e a criação do SUS, surgiu o processo de descentralização dos serviços de saúde que passaram a ser responsabilidade das três esferas de governo. A partir de então, os municípios assumiram predominantemente a responsabilidade de gestão dos mesmos e os gestores municipais se tornaram atores fundamentais para o

desempenho das ações de saúde, suprindo as demandas de cada território (ARCARI *et al.*, 2020).

As normas para a descentralização dos serviços de saúde foram alteradas ao longo do tempo, destacando-se as quatro Normas Operacionais Básicas (NOB), publicadas nos anos 1990, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), modificada no ano seguinte, o Pacto pela Saúde em 2006 e em 2011, e o Decreto nº 7508 (PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016).

Sem o SUS, os municípios desenvolviam ações apenas sob estabelecimento das esferas superiores, contudo, agora protagonizam o planejamento e execução da política de saúde e a gestão da força de trabalho. Os gestores municipais dispõem de diversas responsabilidades, como planejar e financiar ações, gerir e administrar os repasses financeiros, balizar e articular os fluxos assistenciais e disponibilizar ações e serviços ofertados em seu território. Isto é possível porque há um grande ordenamento das redes de serviços na APS (CARVALHO *et al.*, 2014; PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016).

Para exercerem suas atribuições, os gestores trabalham a nível político e técnico. No nível técnico, devem deter conhecimento sobre gestão em saúde pública a fim de se fazer cumprir a equidade, universalidade e integralidade da prestação do cuidado, visando atender as demandas de saúde dos indivíduos (HORIRA; CORDONI JUNIOR; NUNES, 2014; PIRES; VANDRESEN; MACHADO, 2019).

Um trabalho publicado no Rio Grande do Sul realizado com gestores municipais de municípios de diferentes portes, com o objetivo de traçar seu perfil, encontrou predominância de mulheres, com formação superior completa e com heterogeneidade quanto à profissão, mas sobressaíram mesmo que discretamente, administradores e enfermeiros. Os municípios de pequeno porte (menos de dez mil habitantes) receberam menos profissionais do Programa Mais Médicos e tiveram maior adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (ARCARI *et al.*, 2020).

Outra figura importante dentro da gestão dos serviços de saúde são os gerentes de atenção básica, profissional inserido em 2017 pela PNAB para apoiar o serviço das unidades de saúde, trabalhando para consolidar os serviços prestados pelos profissionais à população adscrita, devendo ser preferencialmente um profissional com formação superior e experiência em APS, não integrante da equipe de saúde na qual atua. O gestor municipal é quem deve avaliar a inclusão do gerente de atenção básica. A PNAB descreve ainda diversas de suas atribuições, dentre elas estão a gestão participativa, conhecer a RAS para que estimule sua execução com a equipe da APS, impulsionar a educação permanente e identificar necessidade

de qualificação dos profissionais de saúde, conhecer e disseminar para os profissionais as normas relativas a APS e garantir a correta alimentação dos sistemas de informação (BRASIL, 2017).

Um estudo, publicado em 2018 para verificar as características da gerência e o perfil dos gerentes de unidades de saúde de municípios do estado de São Paulo, evidenciou que 89,8% dos gerentes eram do sexo feminino, sendo compostos majoritariamente por enfermeiros (79,0%) e as atividades mais desenvolvidas eram atendimento à demanda espontânea, registros de prontuário e orientações para grupos específicos como gestantes, hipertensos e diabéticos. Apenas 4,9% dos gerentes não dispunham de meio formal de articulação com a gestão municipal (NUNES *et al.*, 2018).

Porquanto, para que a APS seja resolutiva e exerça sua função de ordenadora das RAS, é necessário trabalho em equipe, para isso, os profissionais responsáveis pela gestão e gerência das unidades devem conhecer o cenário vivenciado pelas equipes para que exerçam melhor suas atribuições (MELO *et al.*, 2022).

2.1.2 Assistência à saúde da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde

O envelhecimento populacional é considerado um grande triunfo, apesar disso, a qualidade de vida da população idosa ainda é um enorme desafio (ALBUQUERQUE *et al.*, 2020; BRASIL, 2020a). O impacto dessa mudança demográfica é percebido, por exemplo, pelo aumento da prevalência das CCNTs, gerando a necessidade de adaptação dos serviços de saúde, principalmente no contexto da APS, para o atendimento satisfatório dessa parcela da população. (RAMOS; OSÓRIO; NETO, 2019; SCHMIDT *et al.*, 2019).

Diante disso, foi criada a Lei 10.741/2003 que institui o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2004). Em 2006 foi aprovada pela Portaria nº 2.528 a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que reforça que o envelhecimento saudável não se dá apenas pela prevenção e controle de agravos e condições crônicas, mas pela interação da saúde física e mental, suporte social e financeiro e, à manutenção da capacidade funcional. Assim, uma de suas diretrizes é a promoção do envelhecimento ativo, que é alcançado pela manutenção da capacidade funcional e autonomia. A PNSPI enfim, veio para estabelecer que os órgãos e as entidades do Ministério da Saúde se adequassem para atender as demandas e as prioridades das pessoas idosas nas questões relativas a saúde, no âmbito do SUS (BRASIL, 2006b).

Já, o Pacto pela Saúde criado mediante a Portaria nº 399/2006, pactua a saúde da pessoa idosa como uma das prioridades das três esferas de governo (BRASIL, 2006a; SILVA *et al.*,

2021). O fortalecimento da Atenção Primária também é uma prioridade pactuada, tornando a ESF, o nível prioritário de assistência à saúde dessa população, devendo atuar na prevenção de doenças, monitoramento e promoção da saúde, garantindo a integralidade e a universalidade do cuidado (ALBUQUERQUE *et al.*, 2020; PIEDADE; SANTOS; HADDAD; 2021).

Foram então definidas ações estratégicas para qualificar a atenção à saúde da pessoa idosa, sendo: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa, Programa de Educação Permanente à Distância, Acolhimento, Assistência Farmacêutica, Atenção Diferenciada na Internação e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2006a).

Assim, ainda em 2006, o Ministério da Saúde lançou o Caderno de Atenção Básica nº 19: Saúde e Envelhecimento da Pessoa Idosa (BRASIL, 2007). Tem como finalidade, aumentar a resolubilidade das demandas desta população por meio de orientações às equipes de saúde da atenção primária, a fim de facilitar a prática diária destes profissionais. Aborda ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, o trabalho em rede e a gestão das CCNTs, para obtenção do envelhecimento ativo e saudável (BRASIL, 2007).

Deste modo, as diretrizes para o cuidado às pessoas idosas no SUS, salientam que a atenção deve se apoiar nas necessidades da população, centrar-se no indivíduo integrado à família e à comunidade e não na atenção prescritiva e centrada na doença. Escuta ativa, responsabilização, resolutividade por meio das redes multidisciplinares, devem fazer parte das prioridades nos serviços em saúde da pessoa idosa (CABRAL *et al.*, 2019).

Apesar disso, estudos com o objetivo de avaliar a assistência à saúde da pessoa idosa na APS têm demonstrado a necessidade de ampliar as práticas de prevenção e promoção de saúde, pois não são regulares e as ações são pouco diversificadas. Salientam também a relevância de redes de atenção integral à saúde da pessoa idosa (PLACIDELI *et al.*, 2020).

Igualmente, a formação dos profissionais de saúde tanto quanto ao cuidado com as pessoas idosas quanto com vistas à APS, têm se mostrado insatisfatória, pois ainda se pauta no modelo biomédico, com prestação do cuidado de forma fragmentada e superespecializada, indo na contramão do que propõem as políticas e diretrizes voltadas à saúde dessa população (SCIAMA; GOULART; VILLELA, 2020). Faltam médicos, recursos e o entendimento do papel da APS por parte dos gestores de saúde (VIEIRA *et al.*, 2019).

Um estudo publicado em 2019, que avaliou os avanços e os desafios da atenção à saúde da população idosa com condições crônicas na APS, concluiu que apesar de alguns avanços, ainda existem muitos obstáculos a serem superados, como a desarticulação das redes intra e intersetoriais que é essencial para o cuidado integral dos usuários com CCNTs. A resolubilidade da atenção à saúde fica comprometida porque existe dificuldade de acesso e falta de recursos

humanos e materiais, limitando a atuação dos profissionais de saúde, além dos profissionais apresentarem dificuldades para lidar com as dinâmicas familiares e com a própria pessoa idosa (SCHENKER; COSTA, 2019).

Maeyama *et al.* (2020) objetivaram analisar o contexto da atenção à saúde da pessoa idosa em quatro equipes de ESF em um município de Santa Catarina, e observaram que permanece o método de queixa-conduta com predominância do modelo biomédico e de realização de programas de desenvolvimento histórico na atenção primária como acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Reforça que as diretrizes não transformam os serviços de saúde no que tange ao acompanhamento do processo de envelhecimento e que é necessária educação permanente dos profissionais para que sejam capazes de lidar com as demandas de saúde das pessoas idosas na APS.

Desta maneira, proporcionar qualidade aos anos de vida acrescentados será possível por meio de uma APS que realize ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos e fragilidades, visando maximizar a funcionalidade da pessoa idosa (CESÁRIO *et al.*, 2021).

2.1.3 Atitudes e conhecimentos acerca da pessoa idosa

As atitudes e conhecimentos sobre a pessoa idosa e o processo de envelhecimento são importantes no contexto dos serviços de saúde porque podem influenciar a qualidade e a quantidade dos cuidados ofertados, como a limitação do fornecimento de informações de saúde e negação da oferta de certas variedades de tratamento, podendo levar a desfechos negativos de saúde. Podem também impactar no desenvolvimento de políticas de saúde voltadas a essa população (BURNES *et al.*, 2019).

Assim, as atitudes em relação à velhice compõem um domínio teórico que abrange as crenças, os preconceitos e os estereótipos. Segundo os campos da psicologia e psicologia social, há uma ligação mútua ente esses três conceitos e a condição científica e social em que se apresentam (CACHIONI; AGUILAR, 2008).

Segundo Neri e Jorge (2006), a atitude é consensualmente entendida como uma predisposição aprendida que norteia o comportamento e existem três componentes que a constituem, sendo eles: o avaliativo, a tendência à ação e o cognitivo. O componente avaliativo diz respeito ao caráter emocional que se manifesta em intensidade e direção, ou seja, o quanto a atitude é positiva ou negativa. O componente de tendência à ação se refere à disposição do indivíduo para atitudes de interação com o objeto. Já o componente cognitivo diz respeito a

uma estrutura de conhecimentos ou crenças, as quais se relacionam a fatos ou teorias, ligadas a preconceitos e estereótipos.

Nesse sentido, foi criado o conceito de “*ageism*” (idadismo), em 1969, pelo gerontólogo Robert Butler, compreendendo estereótipos, preconceitos e discriminação de pessoas devido a sua idade (CACHIONI; AGUILAR, 2008). O idadismo contempla três componentes sociopsicológicos: o cognitivo, o afetivo e o comportamental, portanto, a forma como pensamos é afetada pelos estereótipos, enquanto o preconceito afeta os nossos sentimentos e a discriminação à forma como agimos (DONIZZETTI, 2019; OFICIAL *et al.*, 2020).

No final da década seguinte, surge um novo conceito, o “*new ageism*”, que contempla estereótipos compassivos, *i.e.*, visões paternalistas sobre as pessoas idosas. A referência às pessoas idosas como senhorzinho/senhorinha, velhinho/velhinha é tão prejudicial à autoestima, à autodeterminação e à inserção social destes indivíduos quanto os estereótipos negativos, pois prejudicam a criação de políticas públicas que visem a independência e autonomia dos mesmos, fazendo com que estas sejam cada vez mais protecionistas e conseqüentemente tornem as pessoas idosas cada vez mais dependentes (CACHIONI; AGUILAR, 2008; NERI; JORGE, 2006).

Destarte, Palmore no ano de 1990 acrescenta às atitudes em relação à velhice, o conceito de preconceito negativo e positivo (*positive and negative ageism*). Considerar crenças positivas que são enganosas, como o julgamento de que todas as pessoas idosas são sábias, esconde um falso compromisso positivo com esse público, podendo produzir resultados indesejáveis (NERI; JORGE, 2006).

Sabe-se que o idadismo, ocorre tanto consciente quanto inconscientemente, sendo expresso em três diferentes níveis: individual, social e institucional/cultural (MARQUES *et al.*, 2020). O preconceito etário pode ser dirigido à outros, manifestado em pensamentos como o citado anteriormente, de que todas as pessoas idosas são sábias e, também pode ser autodirigido, como quando sentimos ansiedade ao pensarmos no nosso próprio envelhecimento (AYALON; TESCH-ROMER, 2017).

Ainda, Marques *et al.* (2020) apontaram com os resultados de sua revisão sistemática que no nível individual, o medo da morte e a ansiedade em envelhecer foram os que mais determinaram o preconceito de idade, reforçando que práticas educacionais sobre a morte e a doença podem mudar a forma como as pessoas percebem o envelhecimento. No nível social, o contato intergeracional foi o fator que mais se associou à redução do preconceito relacionado à idade. No último nível apenas dois determinantes foram altamente relacionados ao preconceito: a disponibilidade de recursos na sociedade e a porcentagem de pessoas idosas no país, pois em

países com mais pessoas idosas, as atitudes em relação à velhice tendem a ser mais positivas (MARQUES *et al.*, 2020).

Tendo em vista estes conceitos e sabendo que o idadismo pode manifestar-se em diversos níveis, quando consideramos o nível social, ganha destaque o idadismo contra pessoas idosas dentro dos serviços de saúde. Isso se relaciona ao fato de que as pessoas idosas são as maiores usuárias destes mesmos serviços e responsáveis pelos maiores gastos em saúde quando em relação aos jovens (RECHEL *et al.*, 2013; ROBB; CHEN; HALEY, 2002).

Todo este cenário levanta a concepção de que as pessoas idosas são um fardo para o sistema de saúde e por mais que isso não seja assumido de forma manifesta entre os indivíduos envolvidos na prestação de cuidados em saúde para pessoas idosas, esta pode ser a justificativa, mesmo que em partes, por trás da oferta de tratamentos insuficientes, recusa em realização de procedimentos e cirurgias com tecnologias inovadoras, procedimentos de reabilitação, desrespeito, comunicação paternalista e outros resultados negativos (AYALON; TESCH-ROMER, 2017).

Isto é percebido em estudos, como um trabalho brasileiro realizado em 2019 em Anápolis-Goiás, em que se avaliou as atitudes em relação à velhice de médicos da APS e, os resultados demonstraram tendência à atitudes negativas (VIEIRA *et al.*, 2019).

Assim, em revisão sistemática e metanálise, foi discutido que as atitudes negativas sobre a velhice configuram um risco considerável para a saúde e bem-estar, reduzem a saúde funcional, favorecem o risco de mortalidade e a recuperação mais lenta da doença, trazendo implicações para a saúde pública (BURNES *et al.*, 2019).

Já a revisão sistemática publicada por Chang *et al.* (2020), que avaliou 422 estudos publicados em todos os continentes, evidenciou mais uma vez que o idadismo afeta negativamente desfechos de saúde em pessoas idosas. No nível estrutural ou institucional, o idadismo culminou ao acesso negado à serviços e procedimentos de saúde, à exclusão das pessoas idosas das pesquisas em saúde de diversas áreas como a medicina preventiva, cardiologia, neurologia e reumatologia e, no nível individual, levou à redução da qualidade de vida e da longevidade. Ainda, o preconceito etário foi pontuado como um determinante social e de saúde. Os autores concluíram então, que formuladores de políticas deveriam levar o preconceito relacionado à idade em consideração, a fim de melhorar a saúde da população.

Mediante este cenário, a Teoria da Personificação do Estereótipo (SET), traz explicações sobre como o idadismo pode afetar de forma negativa a saúde das pessoas idosas por meio de vias fisiológicas, psicológicas e comportamentais. Estas vias estão ligadas à três dimensões do idadismo específicas, mas que relacionam entre si, sendo: a) discriminação por

idade, b) estereótipos negativos de idade e c) autopercepções negativas sobre o envelhecimento (LEVY, 2009).

Portanto, conhecer a ligação entre visões sobre o envelhecimento e desfechos em saúde é imprescindível para pesquisas de intervenção e para práticas em saúde pública, pois visões mais positivas sobre a velhice facilitam o estabelecimento de programas preventivos de promoção da saúde (WURM *et al.*, 2017).

À vista disso, são diversos os trabalhos que buscam entender o que precede o idadismo. Por conseguinte, os conhecimentos sobre a velhice têm sido estudados, pois indivíduos que possuem altos níveis de preconceito relacionado às pessoas idosas, geralmente apresentam baixo conhecimento. Portanto, estes dois construtos estão estreitamente relacionados, sendo a aquisição de novos conhecimentos uma das estratégias mais promissoras para se modificar atitudes (DONIZZETTI, 2019; PALMORE, 1977).

Em suma, as atitudes são socialmente aprendidas e existem autores que defendem que o principal obstáculo para a transformação de atitudes dos profissionais da área da educação e da saúde é a falta de conhecimento acadêmico e a falta, por parte de todas as pessoas da sociedade, do conhecimento das particularidades e potencialidades do envelhecer (CACHIONI; NERI, 2006; CACHIONI; AGUILAR, 2008).

Deste modo, a contribuição da formação em disciplinas teóricas sobre geriatria e gerontologia para o maior conhecimento acerca da pessoa idosa e o processo de envelhecimento foi confirmada no estudo de Neri e Jorge (2006), pois estudantes de cursos da área de saúde obtiveram maiores pontuações sobre conhecimentos em relação à velhice do que estudantes da área da educação, que não tinham contato com disciplinas relacionadas.

Todavia, estudos têm demonstrado resultados contraditórios a este pensamento, como em um trabalho realizado por Cachioni e Aguilar (2008) que revelou que profissionais com especialização em gerontologia e que trabalharam anteriormente com pessoas idosas apresentaram atitudes mais negativas. Assim sendo, a relação entre preconceito etário e o nível de conhecimentos permanece conflitante (PODHORECKA *et al.*, 2022).

2.2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.2.1 Avaliação das atitudes em relação à pessoa idosa

Considerando a discussão teórica e conceitual sobre as atitudes em relação à velhice e sabendo que estas são determinantes do comportamento tanto a nível individual quanto a nível

grupais, a avaliação deste construto é fundamental para a pesquisa científica (CACHIONI; AGUILAR, 2008; FERREIRA, 2011). Logo, as atitudes em relação à velhice são avaliadas de forma indireta, ou seja, elas não são manifestadas, mas podem ser medidas a partir das respostas adquiridas pela dedução feita com base em seus componentes avaliativo, cognitivo e tendência à ação (FERREIRA, 2011; LUCHESI, 2015).

Com isso, em um estudo de Tuckman e Lorge (1953), os autores construíram um instrumento que recebeu o nome de *Tuckman and Lorge Questionnaire* (TLQ), que contemplava 137 frases afirmativas sobre erros em relação às pessoas idosas, com respostas dicotômicas: “sim” e “não”; por meio do qual avaliaram as atitudes em relação à velhice de 147 americanos. Pioneiro para a avaliação de atitudes sobre a velhice, este instrumento foi amplamente aplicado e auxiliou na estruturação de outros questionários. O TLQ, então, alcançou avanços que culminaram nas escalas do tipo Likert, nas quais não mais os respondentes optariam por uma resposta dicotômica, mas determinariam a sua resposta por meio de graus de intensidade (LUCHESI, 2015; TUCKMAN; LORGE, 1953). Deste modo, hoje mundialmente existem vários instrumentos com o objetivo de se investigar as atitudes em relação à velhice, dentre os quais destacam-se:

A Escala de Atitudes de Kogan (*Kogan's Attitudes towards Old People Scale*) de 1961, que avalia estereótipos e preconceitos explícitos, composta por 34 itens com uma subescala contendo 17 itens positivos e, com respostas dadas por uma escala Likert de 7 pontos (AYALON *et al.*, 2019; KOGAN, 1961).

O Diferencial Semântico de Osgood criado em 1969 com 32 adjetivos opostos (NERI, 1991).

O instrumento dos autores Kilty e Feld de 1972 que retiraram 45 afirmações do TLQ e de outros instrumentos (NERI, 1991).

Também, encontra-se o *Image of Aging Scale*, criado em 2004 e inclui imagens positivas e negativas sobre as pessoas idosas, distribuídas em nove domínios (LEVY; KASL; GILL, 2004).

Ainda, há o *Attitudes to Aging Questionnaire* (AAQ), importante instrumento que contém 24 afirmações, sendo suas respostas avaliadas por uma escala Likert de 5 pontos, sendo dividida em 3 subescalas. Avalia estereótipos, preconceitos e discriminação autodirigido e dirigido à outros (AYALON *et al.*, 2019).

Já no Brasil, em 1986 a autora Neri, traduziu para o português e adaptou para a cultura brasileira o Inventário de Sheppard, outro instrumento para avaliação de atitudes em relação à velhice. Logo, entretanto, em 1991, a mesma autora elaborou um instrumento principalmente

para pesquisas, que foi aplicado à 4300 indivíduos brasileiros que não eram pessoas idosas, a fim de avaliar as atitudes em relação à velhice de forma geral e também a nível individual, utilizando-se do procedimento estabelecido pelo Diferencial Semântico de Osgood para construir as opções de respostas obtidas pelo conceito “O velho é”, frase inicial que é utilizada para se responder os itens do instrumento. A escala era composta por 40 pares de adjetivos opostos entre si, com sete graus de intensidade (NERI, 1991).

Esta escala então foi reformulada depois da realização de novos estudos e passou a ser composta por 30 pares de adjetivos opostos entre si e com cinco graus de intensidade, sendo dividida em quatro dimensões: Cognição, Agência, Relacionamento Social e Persona (NERI, 1997). Com isso, a escala denominada “Escala Neri para Avaliação de Atitudes em Relação à Velhice” tem sido utilizada no Brasil para a identificação de atitudes acerca da pessoa idosa (CACHIONI, 2002; FERREIRA; RUIZ, 2012; LUCHESI *et al.*, 2016; NERI; JORGE, 2006; VIEIRA *et al.*, 2019; YAMASHIRO, 2018).

2.2.2 Avaliação de Conhecimentos Básicos acerca da pessoa idosa

Sobre a avaliação de conhecimentos, o autor Palmore (1977), buscando resolver uma lacuna de pesquisa no tocante aos instrumentos existentes com vistas à avaliações sobre aspectos do envelhecimento, pontuou três de suas desvantagens: eram extensos, pois variavam entre 40 a 50 itens; confundiam afirmações factíveis e afirmações atitudinais e as afirmações factíveis não eram publicadas em literatura científica (PALMORE, 1977).

Desta maneira, o autor construiu um instrumento denominado “*Facts on Aging Quiz – FAQ*”, que foi a primeira versão (FAQ 1) ao qual resolvia todas as três desvantagens pontuadas, pois o questionário abarcava 25 questões do tipo verdadeiro ou falso, portanto, era curto, demandando apenas cinco minutos para o preenchimento e era composto apenas por afirmações factíveis e que podiam ser documentadas. O questionário contemplava questões básicas de quatro domínios do envelhecimento: físico, cognitivo, social e psicológico. Assim, o autor atribuiu alguns usos para o instrumento, sendo: 1) discutir e corrigir erros relacionados ao envelhecimento; 2) comparar as pontuações de diferentes grupos; 3) conhecer os equívocos mais frequentes sobre o envelhecimento; 4) medir indiretamente o preconceito etário; 5) medir o efeito pré e pós palestras/cursos/intervenções. A validade do instrumento foi apoiada nas diferenças entre as pontuações obtidas por diferentes públicos (PALMORE, 1977).

Após três anos, Palmore publicou um estudo a fim de revisar as principais descobertas da utilização do FAQ 1 na literatura, pois questionamentos estavam sendo levantados sobre sua

usabilidade, confiabilidade e validade. Então, o autor analisou mais de 25 estudos publicados e os resultados evidenciaram concordância com a maioria dos usos propostos por ele em 1977. O autor salientou que a confiabilidade do grupo, ou seja, a confiabilidade do domínio é alta, mas a confiabilidade do item é baixa e, a validade foi atribuída às análises estatísticas realizadas nos diferentes estudos e na tendência que respondentes que receberam treinamento sobre envelhecimento tiveram em pontuar mais alto (PALMORE, 1980).

Logo, no ano de 1981, o mesmo autor publicou a segunda versão do instrumento, o “*Facts on Aging Quiz 2*” – FAQ 2, também com 25 questões de verdadeiro/falso, com o objetivo de complementar a versão anterior, podendo ser usado a) isoladamente; b) após intervenções como cursos e workshops com o público-alvo, quando aplicado o FAQ 1 antes da intervenção; c) em conjunto com a primeira versão, para uma avaliação mais completa dos conhecimentos gerais sobre o envelhecimento (PALMORE, 1981).

Mais tarde, em 1994, os autores Harris e Changas desenvolveram pela primeira vez uma versão de múltipla escolha do FAQ 2, de Palmore (1981), na qual além de existir uma resposta correta, as alternativas erradas, significavam diferentes graus de preconceito. Os autores verificaram que a nova versão diminuiu substancialmente o acerto por “chute”, o que culmina em maior probabilidade da resposta certa ser um reflexo conciso do conhecimento da pessoa questionada, além de apresentar maior consistência interna e confiabilidade, tendência a um maior poder discriminatório (ponto crítico da versão “V” ou “F”, que foi retratada pelo autor por ser um instrumento edumétrico e não psicométrico) e identificou de forma mais específica alguns erros sobre a velhice (HARRIS; CHANGAS, 1994; KLEMMACK, 1978).

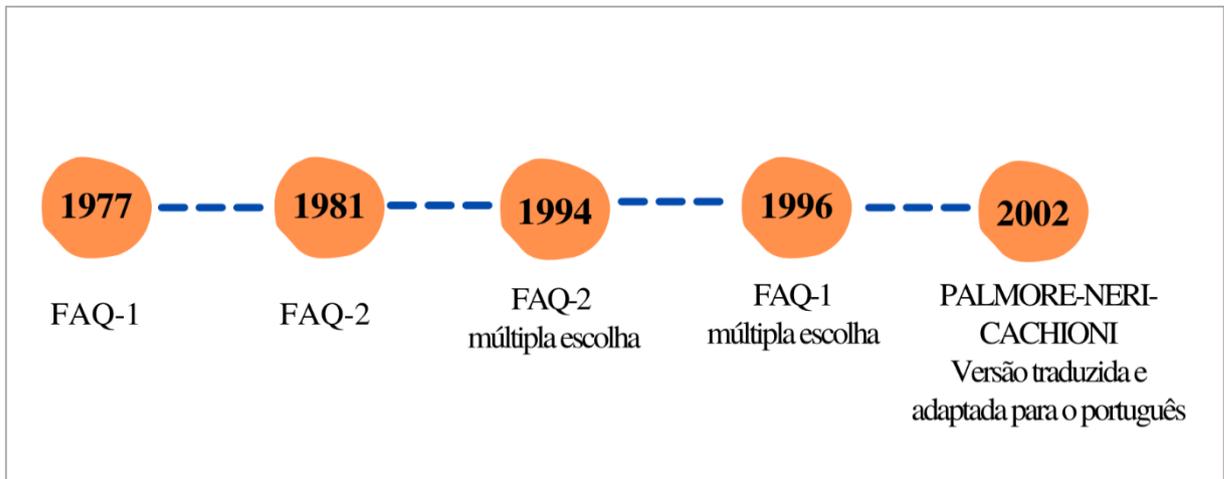
Dois anos depois, em 1996, os mesmos autores, Harris e Changas, juntamente com Palmore desenvolveram e testaram uma versão de múltipla escolha para o FAQ 1. Eles também encontraram menores chances de adivinhação da resposta certa, a confiabilidade da versão “V” ou “F” foi maior, porém, na versão de múltipla escolha, o erro de medição foi menor em pessoas com médio e alto grau de conhecimento e, reforçam que uma grande vantagem do uso do FAQ 1 múltipla escolha é a sua capacidade de identificar erros mais específicos sobre o envelhecimento (HARRIS; CHANGAS; PALMORE, 1996).

Desde então, o questionário de Palmore em todas as suas versões tem sido traduzido e adaptado para vários idiomas e culturas (MATTHEWS; TINDALE; NORRIS, 1984; VAN DER ELST; DESCHODT; WELSCH, 2014; WANG, *et al.*, 2010), sendo utilizado em pesquisas internacionais para avaliar conhecimentos sobre a velhice especialmente de estudantes de profissões de áreas da saúde, como farmácia, enfermagem, odontologia (CHENG, 2021; KARIS *et al.*, 2021; WALDROP *et al.*, 2006).

Já no Brasil, a autora Meire Cachioni (2002), em sua tese de doutorado, traduziu e adaptou o FAQ 1 da versão de múltipla escolha de Harris, Changas e Palmore (1996), a fim de aplicar em docentes de Universidades Abertas à Terceira Idade (UNATI). O instrumento permaneceu com 25 questões de múltipla escolha, cobrindo os mesmos domínios (físico, cognitivo, psicológico e social), recebendo o nome de “*Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice*”. Nesta versão, a autora descartou a ideia de as respostas refletirem um gradiente de preconceito, com isso, as questões contavam com uma única resposta certa, que fosse factível de constatação na literatura e na prática. Algumas dessas questões se enquadram em mais de um domínio, sendo atribuída uma pontuação para cada um, deste modo a pontuação máxima é de 30 pontos (BRITO, 2014). A autora, em sua tese, realizou validação de conteúdo e análise de consistência interna e, o instrumento apresentou valores satisfatórios (CACHIONI, 2002).

A seguir, a Figura 1 resume em uma linha do tempo a criação e evolução do instrumento originalmente construído por Palmore até a obtenção de sua versão traduzida e adaptada para o português.

Figura 1 – Linha do tempo do *Facts on Aging Quiz* de Palmore, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022



Fonte: A autora (2022).

Nota: FAQ 1= *Facts on Aging Quiz- version 1*; FAQ 2= *Facts on Aging Quiz- version 2*.

Ademais, estudos nacionais têm utilizado amplamente a versão traduzida e adaptada por Cachioni (FERREIRA; RUIZ, 2012; MENZES; SOUZA; CARDOSO, 2007; VIEIRA *et al.*, 2019; YAMASHIRO, 2018). A maioria destes estudos o utilizaram em complemento à Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice. Esta tendência é encontrada na literatura internacional, pois o questionário de Palmore tem sido utilizado em conjunto com escalas de atitudes

(LAMBRINOU *et al.*, 2009; MILOTINOVIC *et al.*, 2015; RYAN; MC CAULEY, 2004; ZISBERG; TOPAZ; BAND-WINTERSHTEIN, 2015).

Por fim, tais evidências científicas reforçam a correlação existente entre atitudes, estereótipos e conhecimentos sobre a velhice (CACHIONI, 2002).

2.2.3 Instrumentos Edumétricos: Questionário Palmore-Neri-Cachioni para Avaliação de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice

Os instrumentos edumétricos são utilizados para avaliação de indivíduos no campo da educação (PAUCCA GONZALES; RAFAYLE CUADRA; ANDRADE TORRE, 2020). Estes instrumentos são essenciais para se avaliar os conhecimentos dos indivíduos e determinar os erros e acertos no processo de ensino aprendizagem em diferentes cenários. A psicometria, por outro lado, mede de forma indireta variáveis que não são manifestas, como é o caso da avaliação de atitudes. Para isto, empregam-se escalas, questionários e/ou inventários (GONZALEZ CAMPOS; CARVAJAL MUQUILLAZA; VIVEROS REYES, 2016).

Com isso, tem sido observada a aplicação de testes psicométricos no contexto educacional e de fato a avaliação do tipo psicométrica na educação, também chamada normativa, é utilizada para classificar o indivíduo em relação ao grupo ao qual pertence (MARAVÍ; LEON, 2013; PAUCCA GONZALES; RAFAYLE CUADRA; ANDRADE TORRE, 2020).

Contudo, a avaliação edumétrica tem foco nos objetivos e na evolução do próprio estudante em relação ao que se espera dele naquele contexto educacional. Sendo útil para avaliar o domínio dos indivíduos sobre habilidades acadêmicas básicas (MARAVÍ; LEON, 2013).

Para isto, deve-se considerar aspectos importantes da construção e adaptação de instrumentos, como a validade e confiabilidade. Os instrumentos edumétricos precisam passar pela validação de conteúdo que é realizada por um painel de juízes (PAUCCA GONZALES; RAFAYLE CUADRA; ANDRADE TORRE, 2020). Quanto a isto, Raymundo (2009, p. 87) reforça:

É importante ressaltar que os itens ou as tarefas de um teste traduzem um determinado contexto educacional e curricular; por isso, a validade de conteúdo de um teste não é permanente. Ela pode alterar-se com o transcurso do tempo e em função de modificações na filosofia educacional e/ou na estrutura curricular que o instrumento procura refletir. Isso significa que um teste possui validade de conteúdo num determinado momento e em função de um contexto educacional específico.

Após a validação de conteúdo, pode-se prosseguir com avaliação por grupo piloto e da análise de consistência interna que deve ser medida pelo *Alfa de Cronbach* devendo ser $\geq 0,70$ (PAUCCA GONZALES; RAFAYLE CUADRA; ANDRADE TORRE, 2020).

2.2.4 Validade

Diante do aumento do número de instrumentos de medidas utilizados, faz-se necessário assegurar a sua qualidade. Para isso, é fundamental a avaliação de suas características e destacam-se neste sentido a validade e a confiabilidade (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A validade de um instrumento é definida como a capacidade dele medir aquilo que se propõe e é avaliada de maneiras distintas (ARAFAT *et al.*, 2016; SOUZA; ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017). Deste modo, são várias as evidências de validade, sendo a validade de conteúdo que inclui a validade de face/aparente/nominal, a validade de construto (validade convergente, validade divergente, validade discriminante, validade de grupo conhecido) e a validade de critério (validade concorrente e validade preditiva) (ARAFAT *et al.*, 2016; MARTINS, 2006).

O estudo da validade portanto, é um processo contínuo, isto implica em procedê-lo várias vezes para um mesmo instrumento, destacando-se que o que se valida não é o instrumento propriamente dito, mas sim a interpretação de seus dados (RAYMUNDO, 2009).

2.2.4.1 Validade de conteúdo

Ao considerar a construção e adaptação de instrumentos de medida, a validade de conteúdo é fundamental, principalmente para fins de pesquisa, pois é o primeiro passo para se possibilitar associações entre conceitos abstratos e medidas observáveis (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; YUSOFF, 2019).

Destarte, a validade de conteúdo avalia a capacidade de medir o nível em que cada elemento do instrumento é representativo e relevante de um determinado construto, em um propósito específico de avaliação (HAYNES; RICHARD; KUBANY, 1995). Entende-se por elementos do instrumento, todas as características que podem afetar a obtenção dos resultados, neste sentido incluem-se os itens (questões), instruções e formato das respostas. Já, o construto se refere ao conceito ao qual se objetiva medir (YUSOFF, 2019).

Assim, este tipo de validade contempla duas etapas: a construção do instrumento e a avaliação por um comitê de juízes expertos na área. Deve-se revisar, analisar e descrever de

forma sistemática toda a área contemplada pelo conteúdo, a fim de que os itens elaborados possam abarcar corretamente e suficientemente o conteúdo do teste antes de construí-lo (MARTINS, 2006; MEDEIROS *et al.*, 2015).

Quanto a análise pelo comitê de juízes não há um consenso quanto à quantidade de especialistas, pois há sugestões que vão de 5 a 20 e até 40 juízes. Por isso, durante este processo, sugere-se ponderar aspectos como as particularidades do instrumento, a disponibilidade, as características da formação e a qualificação dos possíveis juízes. É recomendável pontuar os critérios de seleção dos especialistas, sendo proposto na literatura que possuam experiência na área, realizem pesquisas e publicações sobre o tema, possuam expertise nos conceitos envolvidos e compreendam a metodologia de construção e adaptação de instrumentos. Finalmente, a inclusão de pessoas que compõem o público-alvo também é incentivada (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; WILSON; PAN; SCHUMSKY, 2012).

Sobre a avaliação pelo comitê de juízes, esta etapa se inicia com o convite aos especialistas, envio de uma carta instrutiva e formulário para realização da avaliação. Recomenda-se elaborar um questionário para se obter dados de caracterização dos mesmos. A carta instrutiva deve ser bem completa, envolvendo a descrição do motivo pelo qual o especialista foi escolhido, características do instrumento como seus objetivos, formato de resposta, pontuação, classificação dos resultados e conceitos abordados. Depois, os juízes devem avaliar a abrangência dos domínios e do instrumento e a clareza e representatividade dos itens, podendo nesta fase serem tecidos comentários e sugeridas inclusão/ exclusão de itens, de forma individual (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Nesta etapa, podem ser procedidas mais de uma rodada, sendo que na primeira delas, por meio dos comentários dos juízes e cálculo da validade de conteúdo dos itens, definem-se quais devem ser revisados ou eliminados e a necessidade de inclusão de novos itens. Com isso, o instrumento revisado é enviado para uma segunda rodada, na qual os juízes avaliarão novamente os itens revisados e/ou acrescentados e farão suas observações, para que no fim, os pesquisadores possam tomar o cálculo da validade de conteúdo dos itens, analisar os comentários e assim obterem a validade de conteúdo de todo o instrumento (POLIT; BECK; OWEM; 2007; (SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011).

Este procedimento é quantitativo e individual, contudo, uma fase qualitativa e coletiva também pode ser executada por meio de reuniões/ discussões entre pesquisadores e especialistas, a fim de esclarecer aspectos confusos. Quando se opta por utilizar o procedimento quantitativo e qualitativo, este se denomina triangulação metodológica. A execução de etapas

quantitativas e qualitativas tornam a investigação da validade de conteúdo mais robusta (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; PEDROSA, SUÁREZ-ÁLVAREZ E GARCÍA-CUETO, 2013).

A avaliação quantitativa da validade de conteúdo, portanto, tem como finalidade quantificar a concordância entre os juízes. Assim, são diversas as formas de calculá-la, como a porcentagem de concordância, que é o modo mais simples de avaliar acordo entre juízes; o coeficiente kappa que é bastante utilizado na área da saúde e é indicado para dados categóricos em escalas nominais; o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), que recomenda número ímpar de juízes (três a cinco) por meio de uma escala Likert de cinco pontos; o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) que é largamente utilizado na área da saúde e a Razão de Validade de Conteúdo (RVC) proposta por Lawshe em 1975 e tem sido utilizada em diversos campos tal qual a saúde, a educação e a psicologia (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; AYRE; SCALLY, 2014; HÉRNANDEZ-NIETO, 2002; YUSOFF, 2019);

A porcentagem de concordância também pode ser utilizada para avaliar a porcentagem de especialistas que concordaram na classificação do domínio como abrangente (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Os demais atributos do instrumento, podem ser avaliados pelo IVC que é quantificado por meio de uma escala tipo Likert de quatro pontos e sua fórmula considera o número de acordos sobre a relevância de cada item dividido pelo total de especialistas. Esta forma de se avaliar a concordância interjuízes permite a avaliação dos itens (I-IVC) e do instrumento de forma geral (S-IVC). Além disso, o IVC possui vantagens, pois é fácil computacionalmente e fácil de entender. Contudo, há críticas em relação a este método, principalmente porque não ajusta a concordância dos juízes ao acaso, superestimando os resultados (POLIT, BECK, OWEN, 2007; YUSOFF, 2019).

Com isso, Polit, Beck e Owen (2007) propuseram uma solução para este problema, traduzindo/ transformando o valor de IVC para uma estatística Kappa modificada. Os autores afirmam que a estatística kappa tradicional ajusta os valores para a concordância relacionada ao acaso, mas este ajuste é sobre o acordo de qualquer tipo (relevância ou não relevância). Entretanto, o importante para as análises de validade de conteúdo é o acordo entre os especialistas de que os itens do instrumento são relevantes, deste modo, enfatizam que o IVC faz exatamente isso e, assim, o kappa modificado atrela ao IVC a concordância ao acaso em relação à relevância.

Quanto à RVC, esta também realiza o ajuste ao acaso e avalia a concordância quanto à relevância do item (WILSON; PAN; SCHUMSKY, 2012). Envolve o julgamento de

especialistas sobre os itens que são classificados como “essencial”, “útil, mas não essencial” ou “não essencial”, em que aqueles classificados como “essenciais” por um número determinado de juízes (que pode variar de 5 a 40) são incorporados no instrumento. Dentre suas vantagens, destaca-se por ser um índice antigo, utilizado em vários campos do saber e é facilmente calculado. Contudo, sua interpretação é complexa, pois a razão dada pelo cálculo do RVC vai de -1 a 1 (AYRE; SCALLY, 2014; POLIT; BECK; OWEN, 2007; WILSON; PAN; SCHUMSKY, 2012).

Diante disto, Wilson, Pan e Schumsky (2012) propuseram avaliar a significância do RVC proposto por Lawshe em 1975 por meio de um método estatístico que considera o erro Tipo I (alfa) e a quantidade de especialistas. E em 2014, Ayre e Scally fizeram uma revisão destes pontos de corte (AYRE; SCALLY, 2014).

Quanto ao melhor método para avaliação da validade de conteúdo, Pedrosa, Suárez-Álvarez e García-Cueto (2013) concluíram em seu estudo que o RVC é o mais indicado, já que possui maiores vantagens quando comparado aos demais.

Entretanto, a validade de conteúdo, apesar de necessária, apresenta limitações, pois se trata de uma análise subjetiva, pode não discriminar conteúdos omitidos do construto e exige a realização das demais análises de validade (PEDROSA; SUÁREZ-ÁLVAREZ; GARCÍA-CUETO, 2013; RUBIO *et al.*, 2003).

Assim, ressalta-se que para um instrumento ser considerado validado para um determinado contexto, precisa reunir as evidências de validade de conteúdo, critério e construto (MARTINS, 2006).

2.2.4.2 Validade de face, pré-teste e praticabilidade

A validade de face objetiva avaliar se o instrumento é válido ao público-alvo de forma superficial. Trata-se do tipo de validade mais fácil de se investigar, porém não fornece dados robustos (SOWTALI *et al.*, 2016).

Esta pode ser realizada na etapa de pré-teste que é conduzida após a validação de conteúdo e objetiva verificar se o instrumento é compreensível pela população-alvo, com isso, os indivíduos devem primeiramente responder o questionário em estudo, para então serem indagados quanto a compreensão do instrumento (ALEXANDRE; COLUCI; MILANI, 2015).

Assim, a validade de face pode ser tomada mediante a avaliação da praticabilidade, que é um atributo que como o próprio nome revela, diz respeito à praticidade do instrumento, a nível de facilidade, tempo de aplicação, interpretação dos resultados e custos (ALEXANDRE;

COLUCI, 2011). Para sua estimativa pode ser empregado um questionário com questões referentes à compreensão a ser pontuada em uma escala Likert de cinco pontos. O questionário de praticabilidade deve ser aplicado após o preenchimento do instrumento em avaliação, ou seja, durante a realização do pré-teste (COLUCI; ALEXANDRE, 2009).

2.2.5 Confiabilidade

Outro parâmetro de avaliação da qualidade de um instrumento é a confiabilidade. Ela indica a capacidade de reprodução de resultados consistentes no tempo e espaço, ou entre diferentes observadores (ARAFAT *et al.*, 2016; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Ressalta-se que a confiabilidade de um instrumento não é estática. Isso significa dizer que um mesmo instrumento pode ser confiável em determinados contextos, mas não em outros. (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017).

Assim, existem três tipos de confiabilidade que se destacam entre os pesquisadores, sendo a estabilidade, a equivalência e a consistência interna ou homogeneidade. A estabilidade mede a consistência de uma medida tomada repetidas vezes, *i.e.*, com o decorrer do tempo. É mensurada por testes estatísticos como Teste-reteste e Coeficiente de Correlação Interclasse (ICC). Já a equivalência mede o grau de concordância das pontuações obtidas por dois ou mais avaliadores e pode ser calculado por meio do teste de Confiabilidade Interobservador (Kappa). Por fim, a consistência interna verifica se todos os itens dos domínios do instrumento medem o mesmo construto, sendo o *Alfa de Cronbach* a forma de avaliação mais utilizada nas pesquisas desde 1950 (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A consistência interna é recomendada para testes multi-itens que serão aplicados apenas em uma ocasião. Desta forma se avaliam a homogeneidade total dos itens em escalas unidimensionais ou as subescalas em instrumentos multidimensionais. Para testes de múltipla escolha e testes com escala do tipo Likert aplica-se o *Alfa de Cronbach* (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017).

Nesta perspectiva, o número de itens do instrumento impacta diretamente no valor de *Alfa de Cronbach*, pois quanto maior a quantidade de itens, maior o valor de alfa, portanto, valores de *Alfa de Cronbach* muito altos, como quando são unidas duas escalas em uma, pode significar uma grande variedade de itens desnecessários. Da mesma forma, poucos itens diminuem o valor de alfa e afetam a consistência interna (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Por fim, apesar do *Alfa de Cronbach* ser o mais utilizado, ainda não existe um consenso quanto à sua classificação. No geral, autores consideram 0,70 um valor satisfatório e orientam que os pesquisadores são os responsáveis por definir o nível de consistência interna aceitável de seu instrumento (HEALE; TWYXCROSS, 2015; PILLATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010).

2.3 MATERIAL E MÉTODOS

2.3.1 Aspecto ético do estudo

Este trabalho integra um projeto multicêntrico denominado: “Rede para enfrentamento da obesidade e outras doenças crônicas em Minas Gerais – RENOB-MG: Excelência em gestão na Atenção Primária à Saúde”, cuja Instituição de Ensino Superior executora é a Universidade Federal de Viçosa (UFV), com a colaboração da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ) e Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

O RENOB-MG é um projeto financiado pelo Ministério da Saúde e iniciou suas atividades em 2018. Seus objetivos são realizar ações de diagnóstico, formação, gestão, avaliação e monitoramento que propiciem a construção da rede de atenção nutricional para controle da obesidade e outras doenças crônicas em Minas Gerais.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Viçosa-UFV (CAAE: 58131322.1.0000.5153, número do parecer: 5.571.410) (ANEXO A) e da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG (CAAE: 43590621.4.2001.5142, número do parecer: 5.600.376) (ANEXO B).

2.3.2 Desenho

Foram realizados dois estudos. O primeiro diz respeito à um estudo metodológico que atualizou e procedeu a validade de conteúdo e pré-teste do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice. O segundo trata-se de um estudo quantitativo de delineamento transversal a respeito das atitudes e conhecimentos acerca da pessoa idosa de profissionais e gestores de saúde no contexto da APS.

2.3.3 Estudo Metodológico

Após a investigação teórico-metodológica explanada na seção 2.2, observou-se extensa utilização internacional do *Palmore's Facts on Aging Quiz*, que também é amplamente utilizado no Brasil, pela versão traduzida e adaptada por Cachioni (2002) em sua tese de doutorado.

Assim, decidido aplicar o questionário de Cachioni (2002) à população do estudo (profissionais e gestores de saúde da APS), foi realizado contato com a autora e orientadora da tese para obtenção da autorização de uso e informações acerca da validade do instrumento. A autorização foi concedida, mas ambas responderam não haver publicado nenhum estudo de validação. Questionou-se também sobre a necessidade de atualização das respostas de alguns itens, sendo sugerido pela autora que procedêssemos com a revisão das respostas de todos os itens do instrumento.

Ponderando que o Questionário Palmore-Neri-Cachioni possui 20 anos desde sua tradução e adaptação, que seus itens são sujeitos à modificações devido à temporalidade e seu intuito é a avaliação de conhecimentos gerais gerontológicos, o instrumento encontrava-se desatualizado, sendo necessária adaptação do mesmo, ao qual denominamos: atualização. Além disso, com a finalidade de se obter uma versão atualizada do instrumento com algum rigor metodológico, a avaliação da validade de conteúdo, incluindo a validade de face, surgiu como uma necessidade.

Diante disso, este estudo metodológico foi realizado em três etapas, sendo: atualização; avaliação da validade de conteúdo; e validade de face/pré-teste do “Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice”.

2.3.3.1 Etapa 1: Atualização do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice

A etapa de atualização do questionário foi realizada em Fevereiro/2022 e procedeu pela análise do instrumento por profissionais de saúde especialistas na área de geriatria e gerontologia. A estes especialistas foi solicitado que sugerissem mediante a literatura especializada atual e adequada ao contexto brasileiro, quais itens deveriam ter suas respostas atualizadas, qual seria a resposta correta e quais as referências bibliográficas que apoiavam sua opinião. Foi concedido espaço para sugestões e/ou comentários acerca de cada um dos itens do instrumento.

2.3.3.1.1 Participantes

Os participantes desta etapa foram profissionais de saúde expertos na área de geriatria e gerontologia. Os critérios de inclusão foram: possuir graduação em gerontologia ou em outro curso da área da saúde; possuir publicação de artigos científicos na área; possuir pós-graduação em andamento/concluída na área ou não, desde que a monografia desenvolvida fosse dentro da geriatria/gerontologia; estar envolvido atualmente com a área (trabalhando ou estudando); possuir pesquisa na área. O critério de exclusão foi: estar envolvido no programa de pós-graduação da pesquisadora. Para averiguar o atendimento a estes critérios, foi feita uma busca na plataforma Lattes.

Com isso, optou-se por selecionar três especialistas, para que se obtivesse mais de uma opinião científica e uma quantidade ímpar de indivíduos, assegurando desempate caso fosse necessário. A quantidade escolhida também objetivou não ter um número grande de profissionais, o que poderia levar à opiniões diversas e dificultaria o processo de atualização.

Assim, o convite foi feito inicialmente à três profissionais. Destes, obteve-se dois aceites e com isso, um novo profissional foi contatado, o qual aceitou participar.

Transcorrido o tempo estabelecido para preenchimento do documento, no dia anterior ao encerramento do prazo foi encaminhado um e-mail de reforço ao especialista que ainda não havia devolvido sua análise, este solicitou a prorrogação da data limite e lhe foi concedido um acréscimo de 48 horas.

2.3.3.1.2 Coleta de dados

Após a seleção dos especialistas, realizou-se o contato com os profissionais via e-mail, para apresentação da carta convite (APÊNDICE A) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Com isso, após o aceite em participar da pesquisa e assinatura do TCLE, foram encaminhados aos profissionais um e-mail contendo:

- a) link do Formulários do Google (Google Forms) para preenchimento de dados sociodemográficos e acadêmicos/profissionais (APÊNDICE C);
- b) o instrumento na sua versão traduzida para o português e adaptada, que foi nomeado “Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 1.0” (ANEXO C);
- c) carta instrutiva contendo uma breve apresentação do instrumento e explicações do procedimento de atualização (APÊNDICE D);

d) formulário para realização da atualização (APÊNDICE E).

Foi concedido o prazo de 15 dias para devolução do arquivo com as respostas e um e-mail de reforço foi enviado aos especialistas nas 24h anteriores à data limite, a fim de lembrá-los quanto ao prazo de término da análise do questionário.

2.3.3.1.3 Tratamento e análise dos dados

A tabulação dos dados referentes à caracterização sociodemográfica e acadêmico/profissional dos participantes, foi realizada por meio da construção de uma máscara no Microsoft® Excel 2016 mediante ao download das respostas do Google Forms. Após confirmação de preenchimento de todos os campos, estas foram analisadas descritivamente e serão apresentadas na seção de resultados.

A análise dos especialistas foi tabulada por meio da elaboração de um quadro compilando as sugestões de cada um deles para todos os 25 itens do instrumento. Posteriormente foi formado um comitê de avaliação composto pela pesquisadora mestranda juntamente com sua orientadora e coorientadora a fim de definirem os itens a serem atualizados, suas respectivas respostas, bem como as referências que sustentariam a decisão. Nesta etapa analisou-se criteriosamente as sugestões e comentários realizados. Estes dados também são apresentados de forma descritiva na seção de resultados.

Assim, a versão atualizada do instrumento foi denominada: “Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.0”.

2.3.3.2 Etapa 2: Avaliação da Validade de Conteúdo do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.0 – Primeira rodada

Prosseguindo à etapa anterior, foi realizado o estudo da validade de conteúdo da versão atualizada do instrumento (Versão 2.0). Esta etapa foi realizada em três momentos, a saber: 1ª rodada de avaliação da validade de conteúdo; 2ª rodada de avaliação da validade de conteúdo; e discussão de pontos controversos com a autora do instrumento traduzido para o português e adaptado.

Primeira rodada de avaliação da validade de conteúdo

Esta etapa foi conduzida pelo julgamento de um comitê de especialistas que seguiu às recomendações especificadas no tópico: 2.2.4.1 Validade de conteúdo.

Solicitou-se aos especialistas a avaliação quantitativa, pela atribuição de pontuação na escala do tipo Likert de quatro pontos, e qualitativa, por meio de sugestões e/ou comentários. Esta avaliação foi referente aos itens, domínios, ao instrumento com um todo, *layout*, título, instruções e ao escore, segundo recomendam Coluci, Alexandre e Milani (2015):

A avaliação dos itens se deu quanto à clareza, devendo avaliar a redação dos itens, para analisar se o conceito pode ser bem compreendido pela forma com que foram redigidos e, se este expressa adequadamente o que se espera medir; e representatividade, em que buscou-se avaliar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, se estes são relevantes e se são ou estão adequados para atingir os objetivos propostos.

Para os domínios a avaliação se deu quanto à abrangência, devendo avaliar se cada domínio foi contemplado adequadamente pela totalidade de itens e se houve a inclusão de todas as dimensões do construto avaliado.

O instrumento como um todo também foi avaliado quanto à abrangência, a fim de analisar a inserção de todas as dimensões, se a estrutura e conteúdo estão compatíveis ao público-alvo, adequados e representativos.

Por fim, as características do instrumento, a saber: título, formato, as instruções, o escore dos domínios e o escore total foram avaliadas quanto à clareza, para verificar se essas características eram compreensíveis.

2.3.3.2.1 Participantes

O comitê de juízes foi composto pelos participantes da avaliação do conteúdo do questionário. Estipulou-se o quantitativo mínimo de cinco e máximo de dez profissionais que foram selecionados mediante à formação, experiência, disponibilidade e qualificação (COLUCI; ALEXANDRE, MILANI, 2015).

Para a definição dos membros do comitê de juízes, os seguintes critérios de inclusão foram adotados: ter experiência na área de geriatria/gerontologia; realizar pesquisas e ter publicações científicas sobre o tema; ter experiência como membro juiz em processos de validação de instrumentos de medidas. Como critério de exclusão considerou-se envolvimento no programa de pós-graduação da pesquisadora.

O método de busca destes profissionais se deu pela consulta aos sites dos Programas de Pós-Graduação em Gerontologia das universidades brasileiras.

Os nomes daqueles especialistas que potencialmente se enquadrariam nos critérios de seleção foram registrados, para posterior acesso à plataforma Lattes para confirmação.

Desta forma, inicialmente o convite para participação como membro do comitê de juízes foi realizado à 15 profissionais. A taxa de resposta foi de 46,67% (n = 7), com apenas um aceite. Com isso, aplicou-se também a técnica de amostragem não probabilística por bola de neve, em que foi solicitado aos especialistas que não puderam aceitar o convite, a indicação de profissionais que se enquadravam nos critérios desejados e fossem passíveis de participação na pesquisa (GOODMAN, 1961). Com isso, mais 14 profissionais foram contatados. A taxa de resposta foi de 64,29% (n = 9), sendo sete aceites.

Com o comitê de juízes formado, após a assinatura e devolução do TCLE, foram encaminhados os arquivos e instruções para a avaliação da validade de conteúdo do instrumento.

Com 24 horas de antecedência para o encerramento do prazo de devolução do formulário de avaliação da validade de conteúdo preenchido, que era de 15 dias, foi encaminhado um e-mail de reforço da data limite aos profissionais que ainda não tinham retornado a sua avaliação. Assim, três dos especialistas que haviam aceitado participar, informaram que não conseguiriam proceder como membros juízes da pesquisa e se retiraram. O processo de avaliação da validade de conteúdo então, contou com a participação de cinco especialistas.

2.3.3.2.2 Coleta de dados

Após a seleção dos especialistas candidatos à participarem da validação de conteúdo do questionário, o contato via e-mail foi realizado. No primeiro momento foram encaminhados a carta convite (APÊNDICE F) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE G). Orientou-se que mediante o aceite em participar da avaliação da validade de conteúdo do instrumento, respondessem ao e-mail constando em anexo o TCLE preenchido e assinado, para que se prosseguisse com as demais instruções. Depois disso, foram encaminhados:

- a) o instrumento a ser avaliado quanto à validade de conteúdo: Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.0;
- b) link do Formulários do Google, para caracterização sociodemográfica e acadêmico/profissional (APÊNDICE H);

- c) carta explicativa contendo motivos da escolha do juiz, objetivo do trabalho, breve descrição da origem e características do instrumento, os domínios e formato das repostas. Informações quanto ao procedimento de avaliação do conteúdo também foram fornecidas (APÊNDICE I);
- d) formulário para a avaliação da validade de conteúdo do instrumento, contendo uma breve descrição conceitual de cada domínio, os atributos a serem avaliados pela escala do tipo Likert de quatro pontos e espaços para comentários e/ou sugestões abaixo de cada item e atributos avaliados (APÊNDICE J).

Os formulários utilizados nesta etapa foram adaptados dos modelos utilizados no trabalho de Cezar (2018).

2.3.3.2.3 Tratamento e Análise dos Dados

A caracterização sociodemográfica e acadêmico/profissional se deu pelo download das repostas do Google Forms e construção de máscara no Microsoft® Excel 2016. Conferiu-se a existência de dados faltantes e analisou-se de forma descritiva para posterior apresentação dos resultados.

Considerando o referencial teórico-metodológico descrito neste trabalho sobre validade de conteúdo, a avaliação quantitativa dos domínios se deu por meio do cálculo da taxa de concordância simples. Já a avaliação quantitativa do instrumento como um todo e de suas características se deu por meio do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) traduzido pelo Kappa Modificado. A avaliação quantitativa dos itens se deu pelo IVC traduzido pelo Kappa Modificado e da Razão de Validade de Conteúdo (RVC).

Desta maneira, optou-se pela utilização dos dois cálculos para avaliação dos itens, a título de comparação de ambos os resultados e a título de favorecer um melhor diálogo dos resultados obtidos pelo presente estudo com outros trabalhos da literatura científica.

Assim, os aspectos analisados do instrumento foram quantificados mediante a atribuição de uma pontuação na escala do tipo Likert de 4 pontos, por cada um dos juízes, sendo classificados da seguinte forma: abrangência: 1 = não abrangente, 2 = necessita grande revisão para ser abrangente 3 = necessita pouca revisão para ser abrangente, 4 = abrangente (domínios e instrumento como um todo). Da mesma forma se classificou quanto à representatividade (itens). A clareza foi classificada como 1 = não claro, 2 = pouco claro, 3 = bastante claro, 4 = muito claro (itens e características do instrumento). Com isso, para realização do cálculo da

porcentagem de concordância, IVC e RVC as classificações da escala do tipo Likert foram dicotomizadas, onde 0 (classificação 1 ou 2) ou 1 (classificação 3 ou 4).

Cálculo da porcentagem de concordância para avaliação de adequação dos domínios do instrumento

Para a avaliação da adequação dos domínios, realizou-se a porcentagem de concordância:

$$\% \text{ de Concordância} = \frac{\text{número de especialistas que concordaram}}{\text{número total de especialistas}} \times 100 \quad (1)$$

Considerou-se 90,00% ou mais de concordância entre os especialistas (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC)

Quanto ao cálculo da validade de conteúdo para item, instrumento como um todo e características do instrumento, o IVC foi calculado quanto ao item (I-IVC) e quanto a escala (S-IVC). Para o cálculo do S-IVC existem duas formas, sendo a primeira de acordo com a média das classificações do I-IVC de todos os itens da escala (S-IVC/Ave) e a segunda forma é calculada considerando a proporção de itens da escala que alcançaram pontuação 3 ou 4 por todos os especialistas (S-IVC/UA). Para este trabalho foram apresentadas as duas formas de avaliação, a título de comparação, mas foi considerado para discussão dos resultados, apenas o S-IVC/Ave (POLIT; BECK; OWEN, 2007). Estes índices e suas descrições podem ser observados no Quadro 1.

Quadro 1 – Definição e fórmula I-IVC, S-IVC/Ave e S-IVC/UA, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continua)

TIPOS DE IVC	DEFINIÇÃO	FÓRMULA
I-IVC: Índice de Validade de Conteúdo no nível de item	A proporção de especialistas que pontuaram 3 ou 4 na escala do tipo Likert	I-IVC: número de especialistas que classificaram o item como

Quadro 1 – Definição e fórmula I-IVC, S-IVC/Ave e S-IVC/UA, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

(conclusão)

TIPOS DE IVC	DEFINIÇÃO	FÓRMULA
		“3” ou “4”/número de especialistas
S-IVC/Ave: Índice de Validade de Conteúdo no nível de escala com base na média	A média das pontuações do I-IVC para todos os itens da escala ou a média da relevância da proporção julgada por todos os especialistas. A proporção relevante é a média da classificação de relevância por especialista individual	S-IVC/Ave = soma das pontuações I-IVC/número de itens Ou S-IVC/Ave = soma da classificação de relevância de proporção/ número de especialistas
S-IVC/UA: Índice de Validade de Conteúdo no nível de escala com base no acordo universal	A proporção de itens na escala que alcançam uma pontuação de 3 ou 4 por todos os especialistas. A pontuação da concordância universal (UA) é dada como 1 quando o item atingiu 100% de concordância dos especialistas, caso contrário, a pontuação da UA é dada como 0	S-IVC/UA = soma das pontuações UA/número de itens

Fonte: Adaptado de Yusoff (2019, p. 52).

Os itens, instrumento como um todo e características do instrumento foram considerados adequados quando o valor mínimo do I-IVC foi 0,78 (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; POLIT; BECK; OWEN, 2007), e o S-IVC/Ave foi considerado adequado se atingisse 0,9 (POLIT; BECK; OWEN, 2007).

Ademais, o Kappa modificado foi utilizado a fim de “traduzir” os valores de IVC mediante ao ajuste casual. Para isto foi adotado procedimento sugerido por Polit, Beck e Owen (2007) que forneceram em seu estudo uma tabela com os valores de I-IVC e Kappa modificado,

bem como sua classificação de acordo com o número de especialistas e, recomendam que pesquisadores que estejam realizando a validação de conteúdo de seus instrumentos, comparem seus I-IVC com os padrões estabelecidos na tabela e assim não precisem realizar o cálculo do Kappa modificado (TABELA 1).

Tabela 1 – Avaliação de I-IVC e Kappa modificado com diferentes números de especialistas e Concordância, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Número de especialistas	Número de especialistas classificando o item como 3 ou 4	I-IVC	Probabilidade de ocorrência casual	Kappa modificado	Avaliação
3	3	1,00	0,125	1,00	Excelente
3	2	0,67	0,375	0,47	Regular
4	4	1,00	0,063	1,00	Bom
4	3	0,75	0,25	0,67	Excelente
5	5	1,00	0,041	1,00	Excelente
5	4	0,80	0,156	0,76	Excelente
(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
9	9	1,00	0,002	1,00	Excelente
9	8	0,89	0,014	0,89	Excelente
9	7	0,78	0,070	0,76	Excelente

Fonte: Adaptado de Polit; Beck; Owen, (2007, p. 465).

Notas: Consultar referência original para outras quantidades de especialistas.

I-IVC: Índice de Validade de Conteúdo a nível de item.

Os autores consideram que três deve ser o número mínimo de especialistas e I-IVC menores que 0,50 são inaceitáveis. Para classificação do Kappa modificado considera-se os seguintes critérios: regular = k de 0,40 a 0,59; bom = k de 0,60 a 0,74 e excelente = $k > 0,74$. Desta forma, para que o I-IVC seja considerado excelente, este deve ser de minimamente 0,78, pois assim, o Kappa modificado será de 0,74 e esta regra se aplica a qualquer tamanho de painel de especialistas. Itens cujos valores forem abaixo destas recomendações, devem ser eliminados ou revisados (POLIT; BECK; OWEN, 2007).

Cálculo da validade de conteúdo pelo RVC

O cálculo do RVC foi utilizado para a avaliação quantitativa dos itens, avaliados quanto à clareza e à representatividade.

O RVC originalmente conta com uma avaliação por uma escala tipo Likert de 5 pontos, na qual itens pontuados como 1 e 2 são classificados como “não essencial”, 3 como “útil, mas não essencial” e 4 e 5 como “essencial”, em que posteriormente é realizada uma modificação linear da proporção do número de juízes que classificaram o item como essencial para o total de juízes (CEZAR, 2018), como se segue:

$$\text{RVC} = \frac{\text{“número de itens essenciais”} - (\text{número total de especialistas} / 2)}{\text{número total de especialistas} / 2} \quad (2)$$

O resultado desta razão se traduz com valores que variam de -1 a 1, sendo que valores negativos evidenciam que mais da metade dos especialistas concordaram que o item é “não essencial”, valores maiores que zero indicam que mais da metade dos especialistas julgaram o item como “essencial”. Portanto, itens com resultado “-1” evidenciam perfeito desacordo entre os especialistas e itens com resultado “1” evidenciam perfeito acordo (AYRE; SCALLY, 2014).

Assim, Ayre e Scally (2014) forneceram uma tabela em seu estudo, para que os pesquisadores identifiquem se alcançaram valores de RVC críticos (o valor crítico do RVC é definido como o nível mais baixo de RVC que supere a concordância ao acaso), baseado na quantidade de especialistas que obrigatoriamente precisam concordar com a essencialidade do item (TABELA 2).

Tabela 2 – Valores de RVC críticos de acordo com o número de especialistas que precisam concordar que um item é “essencial”, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continua)

Número de especialistas	n crítico (número de especialistas que precisam obrigatoriamente concordar com a essencialidade do item)	Razão de concordância sobre a essencialidade do item	RVC crítico
5	5	1	1.00
6	6	1	1.00
7	7	1	1.00
8	7	0.875	0.750
9	8	0.889	0.778

Tabela 2 – Valores de RVC críticos de acordo com o número de especialistas que precisam concordar que um item é “essencial”, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022
(conclusão)

Número de especialistas	N crítico (número de especialistas que precisam obrigatoriamente concordar com a essencialidade do item)	Razão de concordância sobre a essencialidade do item	RVC crítico
10	9	0.900	0.800
(...)	(...)	(...)	(...)
35	23	0.057	0.314
36	24	0.667	0.333
37	24	0.649	0.297
38	25	0.658	0.316
39	26	0.667	0.333
40	26	0.650	0.300

Fonte: Adaptado de Ayre & Scally (2014, p. 85).

Nota: Para outros tamanhos de painel de especialistas, consultar a referência original.
n: número; RVC: Razão de Validade de Conteúdo.

Deste modo, neste estudo, para a avaliação da clareza e representatividade dos itens, o RVC foi calculado mediante a uma transformação dos itens pontuados como 3 e 4, classificados como adequados. Aqueles pontuados como 1 e 2 foram classificados como inadequados, portanto não entraram no cálculo. Procedimento semelhante foi realizado por Cezar (2018).

Diante disto, para o presente estudo, considerou-se RVC crítico relativo à 5 especialistas para que cada item fosse mantido. Aqueles que não alcançassem esta classificação, foram revisados.

Classificação final pela avaliação quantitativa (Porcentagem de concordância; IVC traduzido pelo Kappa Modificado e RVC)

Para a classificação da avaliação quantitativa da validade de conteúdo do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice, considerou-se as seguintes etapas:

- a) cálculo do IVC traduzido pelo Kappa modificado: cada item foi preliminarmente classificado como “manter” quando os dois atributos avaliados (clareza e representatividade) alcançassem valores satisfatórios de IVC/Kappa modificado e

- “revisar” quando apenas um atributo ou ambos, alcançassem valores insatisfatórios de IVC/Kappa modificado;
- b) cálculo do RVC: cada item foi preliminarmente classificado como “manter” quando os dois atributos avaliados (clareza e representatividade) alcançassem valores satisfatórios de RVC e “revisar” quando apenas um atributo ou ambos, alcançassem valores insatisfatórios de RVC;
 - c) classificação final da avaliação quantitativa dos itens: comparou-se as classificações prévias de cada cálculo (RVC e IVC/Kappa modificado). Quando as classificações divergiam, considerou-se a classificação do RVC, por ser mais rigoroso;
 - d) avaliação do instrumento como um todo e das suas características: foi classificado como “adequado” quando IVC/Kappa modificado foi satisfatório. Ao contrário, este deveria ser revisado;
 - e) avaliação quantitativa dos domínios: foi considerada satisfatória quando pelo cálculo da porcentagem de concordância, atingisse 90% ou mais de concordância;
 - f) avaliação da validade de conteúdo a nível de escala: considerou-se satisfatório mediante ao I-IVC/Ave mínimo de 0,90, já que este ponto de corte é um pouco mais rígido do que o recomendado por Coluci, Alexandre e Milani (2015), que é 0,80. O cálculo foi feito para os dois atributos avaliados (clareza e representatividade), sendo assim, obtidos dois valores que deviam obedecer ao critério acima referido.

Após condução da fase quantitativa, procedeu-se a fase qualitativa da avaliação da validade de conteúdo, realizada pelo comitê avaliativo composto pela pesquisadora mestranda, orientadora e coorientadora. Foram analisados criteriosamente os comentários e sugestões feitos pelos especialistas em cada um dos aspectos examinados, para que somado aos resultados obtidos pelos cálculos da fase anterior, se obtivesse mais rigor para enfim determinar a modificação dos itens e características do instrumento.

As sugestões realizadas pelos juízes e a decisão quanto a não incorporação ou incorporação total/parcial de tais sugestões, são apresentadas no tópico de resultados.

Enfim, decorrido todos os procedimentos destas etapas foi possível obter a versão 2.1 do questionário que seguiu para a segunda rodada de avaliação da validade de conteúdo.

Ressalta-se que para este estudo, a exclusão/inclusão de itens e alteração dos domínios pertencentes não foi realizada em nenhuma das três etapas de avaliação da validade de conteúdo, incluindo a validade de face, pois alteraria a estrutura do instrumento, procedimento que exige metodologias e estatísticas mais completas como a análise fatorial (ARAFAT *et al.*;

2016), além de não ser objetivo deste trabalho, pois o intuito era apenas verificar se o instrumento na sua versão atualizada era capaz de refletir o domínio/construto que se propõe a medir (validade de conteúdo).

Segunda rodada de avaliação da validade de conteúdo

Após realização das etapas supracitadas, diversos itens obtiveram avaliação insatisfatória pela análise quantitativa e revisões pela análise qualitativa, emergindo a necessidade de se conduzir uma segunda rodada de avaliação pelos membros juízes (POLIT; BECK; OWEN, 2007; SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011).

Desta forma, foram convidados os mesmos participantes que compuseram o comitê de juízes especialistas da rodada inicial da validade de conteúdo para que reavaliassem o instrumento revisado e julgassem os itens cujas classificações não foram satisfatórias.

Apenas um dos cinco especialistas não retornou o contato, assim, foi contatado um novo profissional, para que obtivéssemos a amostra mínima de cinco juízes. Devido ao cronograma de trabalho, optou-se por convidar um dos especialistas que atuaram na etapa de atualização do instrumento, pois o contato seria mais fácil e eficiente. Portanto, o critério para escolha de um dos três especialistas se deu pelo comitê de avaliação mediante à percepção do profissional que cumpriu mais diligentemente os objetivos que lhe foram propostos na etapa de atualização.

O especialista contatado aceitou o convite e o painel de juízes novamente foi formado (n = 5). Desta maneira, foi encaminhado um novo TCLE, a fim de informar e garantir o consentimento para a participação em possíveis etapas posteriores (terceira rodada de validação e discussão de forma síncrona e coletiva com os especialistas para clareamento de pontos controversos). Após a devolução do TCLE preenchido e assinado, foram encaminhados:

- a) o instrumento a ser avaliado: Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice- Versão 2.1 (instrumento revisado mediante à 1ª rodada de validade de conteúdo). O instrumento foi redigido de forma a permitir aos especialistas a fácil visualização das alterações realizadas após a primeira rodada de validação, conforme apresentado na seção de resultados;
- b) link do Formulários do Google que foi enviado apenas à nova especialista (APÊNDICE H);
- c) carta explicativa contendo as orientações para procedimento da segunda rodada de avaliação do instrumento;
- d) formulário de avaliação da validade de conteúdo – 2ª rodada.

O prazo para avaliação foi de 15 dias, não havendo necessidade de encaminhamento do e-mail de lembrete, já que todos os especialistas devolveram suas avaliações com antecedência.

A coleta de dados seguiu de forma semelhante ao tópico 2.3.3.2.2. Assim, a avaliação quantitativa se deu pelo recálculo dos I-IVC/Kappa modificado e RVC para os itens que não foram mantidos na primeira rodada, sendo possível determinar definitivamente o S-IVC do questionário.

Discussão de pontos controversos com a autora do instrumento traduzido para o português

Após a 2ª rodada de validação de conteúdo, realizou-se uma etapa coletiva entre a mestrande, sua orientadora e a autora da versão traduzida para o português, Dra. Meire Cachioni, por meio de uma reunião via Google meet, para discussão e esclarecimentos de pontos controversos e definição dos itens que ainda não haviam alcançado consenso entre os especialistas nas rodadas de avaliação da validade de conteúdo. Assim, foi possível obter a versão 3.0 do instrumento, ou seja, a versão do instrumento validada quanto ao conteúdo. Sendo finalmente dada por concluída a etapa de avaliação do instrumento pelos especialistas, iniciando-se a etapa de pré-teste (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

2.3.3.3 Etapa 3: Pré-Teste do Questionário Palmore Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 3.0

A versão 3.0 do questionário foi aplicada na etapa de pré-teste, realizada em julho de 2022.

2.3.3.3.1 Participantes

Participaram do pré-teste indivíduos que compunham a população-alvo (gestores e profissionais de saúde atuantes na APS em Minas Gerais).

Os critérios de inclusão para os profissionais de saúde foram: possuir dezoito anos ou mais de idade, atuar na Atenção Primária à Saúde atualmente, independente do tempo de atuação. O critério de exclusão foi exercer função de gestor. Quanto aos gestores, os critérios de inclusão foram: possuir dezoito anos ou mais de idade, atuar na gestão em saúde atualmente, independente do tempo. E como critério de exclusão: não há.

O convite para participar do pré-teste do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Versão 3.0 foi realizado aos gestores e profissionais de saúde egressos do curso de formação do Projeto RENOB-MG por meio da lista de e-mails fornecida pela equipe. Realizou-se o contato a 351 indivíduos, sendo 173 profissionais de saúde e 178 gestores de saúde. Contudo, a taxa de participação foi insuficiente, já que muitos não responderam ao e-mail ou não estavam mais atuando na APS. Desta forma, foi necessária a ampliação do convite à outros profissionais e gestores mediante à conveniência para que se pudesse atingir o número mínimo de participantes preconizado pela literatura (n = 30).

Com isso, 42 pessoas responderam ao formulário, mas a taxa de respostas válidas foi de 80,95% (n = 34), pois, oito dos respondentes não atuavam no nível primário de atenção à saúde, descumprindo um de nossos critérios de inclusão.

2.3.3.3.2 Instrumentos

Aplicou-se um questionário semiestruturado para coleta de variáveis sociodemográficas e acadêmico-profissionais (APÊNDICE K); o questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 3.0 que foi seguido da avaliação da praticabilidade, realizada por meio do método adaptado do trabalho de Coluci e Alexandre (2009), que apresentam um questionário com três perguntas sobre a facilidade de compreensão do instrumento, sendo uma relativa às instruções, uma aos itens e uma às respostas. A resposta é classificada em uma escala Likert de 5 pontos, sendo 1 = discordo totalmente, 2 = discordo parcialmente, 3 = não tenho opinião, 4 = concordo parcialmente e 5 = concordo totalmente (COLUCI; ALEXANDRE, 2009). Além da avaliação pela escala Likert, o formulário de avaliação da praticabilidade contou com um espaço para sugestões/comentários (APÊNDICE L).

2.3.3.3.3 Coleta de dados

O contato foi realizado à profissionais de saúde e gestores egressos do curso do projeto RENOB-MG mediante à lista de e-mail fornecida pela equipe.

Um e-mail foi enviado apresentando o convite para participação da pesquisa, breve descrição da etapa de pré-teste, dos objetivos do estudo e o link do Google Formulários para preenchimento e avaliação do instrumento.

O TCLE foi apresentado dentro do formulário online por meio de um link de acesso. Após a leitura, o profissional de saúde ou gestor, assentia a concordância ou não em participar da pesquisa (APÊNDICE M).

Com isso, o formulário contou com três etapas: perguntas relativas à caracterização sociodemográfica e acadêmico/profissional, o Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Versão 3.0 e o questionário para avaliação da praticabilidade.

Ademais, e-mails de lembrete foram encaminhados a cada dois dias a fim de aumentar a taxa de resposta. Outra estratégia adotada foi o contato via WhatsApp, no qual o texto convite com o link do Google Forms era encaminhado. O prazo para preenchimento do formulário foi de 20 dias.

2.3.3.3.4 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram tabulados no Microsoft® Excel 2016 mediante ao download do arquivo das respostas do Google Forms. Realizou-se a conferência do preenchimento de todos os campos. As informações de caracterização foram analisadas descritivamente e os dados referentes à avaliação da praticabilidade avaliados por porcentagem de concordância, *idem.*, seção 2.3.3.2.3, pois quanto maior a taxa de respostas classificadas como “concordo parcialmente” e “concordo totalmente”, maior é a praticabilidade do instrumento (SILVEIRA *et al.*, 2020). Assim, a praticabilidade foi considerada adequada quando os itens pontuados como “4” ou “5” na escala Likert obtivessem minimamente 80% de concordância entre os participantes do pré-teste (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; SILVEIRA *et al.*, 2020).

Deste modo, foi possível obter a versão do instrumento resultante deste presente estudo, validada quanto ao conteúdo e à face para a amostra de profissionais e gestores de saúde atuantes na Atenção Primária em Minas Gerais, denominado Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022).

2.3.4 Estudo transversal

O estudo transversal foi realizado em setembro de 2022.

2.3.4.1 Participantes/amostra

Trata-se de uma amostra não probabilística, dada por conveniência, composta por profissionais e gestores de saúde atuantes na APS no estado de Minas Gerais. Os participantes desta etapa podiam encaminhar o link do questionário no Google Forms à outros profissionais e gestores de saúde que se enquadrassem nos critérios de inclusão, a fim de aumentar o número de participantes na pesquisa, sendo portanto, também adotada a técnica de bola de neve (GOODMAN, 1961).

Adotou-se como critérios de inclusão para gestores de saúde: idade maior ou igual a 18 anos, atuar na gestão em saúde na atenção primária atualmente. Para profissionais de saúde, os critérios de inclusão foram: idade maior ou igual a 18 anos, qualquer categoria profissional da área da saúde de nível superior. Critérios de exclusão: não há.

2.3.4.2 Convite aos participantes

O convite aos participantes foi realizado de forma online, mediante o envio de e-mails às Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e aos secretários e gestores de saúde diretamente, quando disponível o contato. Estes articularam a realização da pesquisa aos gestores das secretarias municipais de saúde e, por conseguinte, aos profissionais de seus respectivos municípios. O envio dos e-mails deu-se a cada três dias.

Paralelo a isto, o convite foi realizado aos cursistas do Salus: Curso de Formação para Gestores e Profissionais de Saúde da APS do estado de Minas Gerais, ofertado pelo Projeto RENOB-MG, por e-mail, pela disponibilização do link do formulário de pesquisa na plataforma do curso e via WhatsApp. O contato pelo WhatsApp foi realizado três vezes, a fim de alcançar maior adesão.

Outra estratégia adotada foi a divulgação do link do formulário de pesquisa no *Instagram* e encaminhamento direto do mesmo à indivíduos elegíveis à participação na pesquisa.

Contamos também com o apoio do Conselho Regional de Nutricionistas da 9ª região – Minas Gerais, mediante à divulgação da pesquisa no boletim semanal encaminhado por e-mail aos nutricionistas cadastrados.

Por fim, foi realizada visita às Unidades Básicas de Saúde do município de Alfenas – Minas Gerais para realização do convite de participação da pesquisa ao enfermeiro chefe e para solicitação de divulgação da pesquisa aos profissionais atuantes na unidade correspondente. O link do Google Forms foi compartilhado com os profissionais, por meio de um código *Quick*

Response (QR) impresso em papel A4, em que bastava apontar a câmera de um *smartphone* para redirecionar ao questionário.

2.3.4.3 Instrumentos

2.3.4.3.1 *Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice- Atualizado e Revisado (2022)*

Para identificar os conhecimentos básicos dos profissionais e gestores de saúde da atenção primária sobre a pessoa idosa, foi aplicado o questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), versão fruto desta presente pesquisa. Autoaplicável, com respostas do tipo múltipla escolha, conta com itens que abrangem questões físicas, cognitivas, psicológicas e sociais sobre a pessoa idosa e o processo de envelhecimento, somando 30 pontos totais. A análise das respostas se dá pelo cálculo da porcentagem de acertos total e também pela porcentagem de acertos por domínio.

2.3.4.3.2 *Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice*

A mensuração das atitudes sobre a velhice dos profissionais de saúde e gestores da atenção primária se deu por meio da Escala Neri de Atitudes em relação à Velhice (ANEXO D).

O instrumento tem sua validade apoiada nos diversos trabalhos que a aplicaram em seus estudos, como pode ser observado em um artigo publicado em 2006 (NERI; JORGE, 2006).

A Escala Neri de Atitudes em relação à Velhice, conta com 30 itens pertencentes à 4 domínios fatoriais. É uma escala diferencial semântica, assim cada item é composto por um par de adjetivos opostos. A escala do tipo diferencial semântico permite a identificação da força da resposta e a posição dos dois adjetivos em cada item permite identificar a direção (positiva ou negativa) da resposta (CACHIONI, 2002).

Fundamentalmente a pontuação 1 da escala do tipo diferencial semântico indica o mais alto grau de atitude positiva e a pontuação 5 o mais alto grau de atitude negativa. Deste modo pontuações 1 e 2 significam atitudes positivas, a pontuação 3, atitudes neutras e as pontuações 4 e 5, atitudes negativas. Contudo, para evitar que as respostas sejam dadas tendenciosamente, alguns itens apresentam o par de adjetivos de forma invertida, pois os atributos negativos

estarão à esquerda (próximo ao número 1 da escala) e os atributos positivos estarão à direita (próximo ao número 5 da escala) (YAMASHIRO, 2018).

Assim, para que as análises estatísticas sejam realizadas corretamente, é preciso inverter a pontuação da escala dos itens cujos adjetivos foram realocados propositalmente, sendo os itens 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 15, 17, 18, 21, 23, 24, 26 e 30 (YAMASHIRO, 2018). Um exemplo é mostrado a seguir, no Quadro 2:

Quadro 2 – Análise dos itens realocados da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Imagine que estejamos avaliando o conceito de carnaval.

O carnaval é:

A) Alegre	1---2---3---4---5	Melancólico
B) Melancólico	1--- 2 ---3---4---5	Alegre

** O número marcado de vermelho simboliza a resposta assinalada.

O exemplo A representa a forma correta de se apresentar os itens da escala, com os adjetivos positivos próximos ao número 1 e os adjetivos negativos próximos ao número 5.

Contudo, o exemplo B representa a inversão proposital da posição dos adjetivos. Então, para avaliarmos estatisticamente as respostas da escala, precisaremos “espelhar” a escala do item B, mantendo a posição da resposta assinalada, que ficará assim:

B) Melancólico	5--- 4 ---3---2---1	Alegre
----------------	----------------------------	--------

Desta forma, mantém-se o pressuposto de que os adjetivos positivos estarão próximos do número 1 e os negativos próximos do número 5.

Fonte: A autora (2022).

A escala é estruturalmente descrita sob a forma fatorial, em aspectos cognitivos, ou relacionados à capacidade de processar a informação e de solucionar problemas, refletindo sobre a adaptação social (10 itens); de agência que abarca a autonomia e instrumentalidade para a realização (06 itens); de relacionamento interpessoal, abrangendo enfoques afetivo-

motivacionais, que refletem na interação social das pessoas idosas (07 itens); e alusivos à imagem social (Persona), porque acredita-se que estes vão refletir os estereótipos sociais que são usuais para nomear e discriminar pessoas idosas (07 itens) (CACHIONI, 2002). A pontuação da escala é dada mediante à média aritmética, podendo ser avaliada de forma geral e por domínio fatorial.

Abaixo estão apresentados os itens pelos domínios que pertencem (QUADRO 3):

Quadro 3 – Domínios fatoriais e itens da escala para avaliação de atitudes em relação à pessoa idosa, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

COGNIÇÃO	AGÊNCIA	RELACIONAMENTO SOCIAL	PERSONA
1. Sábio-tolo 21. Claro-confuso* 23. Preciso-impreciso* 25. Concentrado-distraído 26. Rápido-lento* 27. Flexível-rígido 28. Criativo-convencional 29. Persistente-inconstante 30. Alerta-embotado* 24. Seguro-inseguro*	6. Entusiasmado-deprimido* 11. Saudável-doentio* 13. Ativo-passivo 16. Esperançoso-desesperado 18. Independente-dependente* 19. Produtivo-improdutivo	2. Construtivo-destrutivo* 3. Bem-mal-humorado 5. Confiante-desconfiado* 12. Cordial-hostil 15. Interessado-desinteressado pelas pessoas* 17. Generoso-mesquinho* 22. Condescendente-crítico	4. Aceito-rejeitado* 7. Integrado-isolado* 8. Atualizado-ultrapassado* 9. Valorizado-desvalorizado 10. Agradável-desagradável 20. Progressista-retrógrado 14. Sociável-introvertido

Fonte: Cachioni (2002).

Notas: Conceito – O idoso é.

Os numerais à esquerda dos itens indicam sua ordem de aparecimento no instrumento. Os asteriscos indicam que o item foi invertido para aplicação.

Originalmente os sujeitos são convidados a responder por escrito assinalando o ponto correspondente à sua avaliação, item a item, numa escala de cinco pontos ancorada pelos dois adjetivos opostos, contudo a escala foi adaptada para aplicação de forma online pela plataforma Google Forms.

2.3.4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela aplicação de um formulário online, por meio da plataforma Google Forms em que se encontravam os dois instrumentos utilizados na pesquisa: o Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022) e a Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice. Esta estratégia

foi adotada a fim de garantir que os participantes preenchessem os dois instrumentos, já que são utilizados de forma complementar.

Ressalta-se que foi feita uma pergunta para confirmar concordância em participar da pesquisa e disponibilizou-se o link para download do TCLE (APÊNDICE M).

Foram coletados dados sociodemográficos, acadêmicos/profissionais e demais variáveis de interesse (APÊNDICE K). O formulário do Google disponibilizado aos participantes foi denominado “Avaliação de Atitudes e Conhecimentos acerca da Pessoa Idosa”.

Quanto à Escala Neri, foi ainda fornecido um link de acesso a um documento denominado “Lista para treino de vocabulário”, que fornecia a definição de cada um dos adjetivos com o intuito de facilitar a compreensão e permitir o correto preenchimento da escala. Esta lista foi retirada do trabalho de Brito (2014) mediante sua autorização de uso (ANEXO E).

2.3.4.5 Variáveis do estudo

As variáveis dependentes do estudo foram: atitudes em relação à velhice e conhecimento sobre a pessoa idosa.

As variáveis independentes foram: sexo; idade; convivência com pessoas idosas (contato intergeracional); experiência prática com pessoas idosas na graduação; disciplina de Geriatria/Gerontologia na graduação, pós-graduação em Gerontologia; tempo de formação; experiência profissional anterior ao cargo atual; categoria profissional (gestor ou profissional da saúde); cargo atual na APS e tempo de atuação na Atenção Primária.

Ressalta-se que como o conhecimento sobre a pessoa idosa foi avaliado em relação à sua influência nas atitudes frente à velhice, este também foi tratado como uma variável independente.

2.3.4.6 Análise e processamento dos dados

Os dados foram digitados no programa Microsoft® Excel 2016 e posteriormente analisados no *software Statistical Package for the Social Science (SPSS)*. Inicialmente, foi aplicado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para verificação da normalidade dos dados e, assim, foram definidos os testes mais adequados para realização de comparação entre as variáveis e para verificar a correlação entre elas. Os parâmetros adotados para o efeito da correlação foram baseados em Field (2009), onde efeito pequeno ($r \geq \pm 0,1$); efeito moderado ($r \geq \pm 0,3$) e efeito

grande ($r \geq \pm 0,5$). Foram adotados para todos os testes, um nível de significância de 5%, *i.e.*, $p < 0,05$.

Com isso, para a comparação das variáveis categóricas, utilizou-se o teste Qui-Quadrado (χ^2) de *Pearson*.

Também, o percentual de acertos total do Questionário Palmore-Neri-Cachioni Atualizado e Revisado (2022), o escore total, os domínios fatoriais Relacionamento Social e Agência da Escala Neri de Atitudes obtiveram distribuição normal, sendo adotado para o teste de comparação de médias, o teste paramétrico de *t* de *Student* ou ANOVA dependendo do número de grupos a serem comparados.

Em contrapartida, os domínios (físico, cognitivo, psicológico e social) do Questionário Palmore-Neri-Cachioni Atualizado e Revisado (2022) e os domínios fatoriais Cognição e Persona da Escala Neri de Atitudes não apresentaram distribuição normal, sendo adotado para a comparação de médias o teste não paramétrico de *Man-Whitney* ou *Kruskal Wallis* a depender do número de grupos a serem comparados.

Para as análises de correlação foram realizadas a correlação de *Pearson* entre o escore total do Questionário Palmore-Neri-Cachioni Atualizado e Revisado (2022) com o escore total da Escala Neri, o domínio fatorial Relacionamento Social e Agência. Enquanto para a correlação do Questionário Palmore-Neri-Cachioni Atualizado e Revisado (2022) com os itens da Escala Neri, e seus domínios fatoriais Cognição e Persona foi utilizada correlação de *Spearman*.

Para a análise da consistência interna da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice e do Questionário de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice como um todo, foi realizado o teste do *Alfa de Cronbach*, adotando-se os limites estabelecidos por Pasquali (1998), $\alpha < 0,30$: muito baixa; $\alpha 0,30$ e $0,60$: baixa; $\alpha 0,60$ e $0,75$: moderada; $\alpha 0,75$ e $0,90$: elevada e $\alpha > 0,90$: muito elevada.

Dito isto, foram realizadas análises descritivas das variáveis categóricas mediante a estimativa das proporções e média para as variáveis numéricas dos dados referentes à caracterização sociodemográfica e acadêmico/ profissional, da porcentagem de acertos por questão e por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022), da identificação de atitudes em relação à velhice em sua direção e intensidade também de acordo com seus domínios fatoriais.

Após, foram comparadas as variáveis de interesse como o sexo, idade, profissão, tempo de formação, convivência com pessoas idosas, etc., com os resultados obtidos pela Escala de Atitudes em Relação à Velhice. Da mesma forma, foram comparados os dados do Questionário

Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice com as variáveis de interesse.

Por fim, foram comparados e verificados a correlação entre os resultados obtidos na Escala Neri e no Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice- Atualizado e Revisado (2022).

2.4 RESULTADOS

2.4.1 Estudo metodológico

Serão apresentados os resultados relativos ao estudo metodológico: atualização das respostas, avaliação da validade de conteúdo e pré-teste do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice.

2.4.1.1 Etapa 1: Atualização do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice

2.4.1.1.1 Caracterização dos especialistas da etapa de atualização

Participaram desta etapa três profissionais. A média de idade foi 43 anos (DP = 18,73), sendo composto majoritariamente por homens (n = 2).

Tratando-se da formação acadêmica, um participante (n = 1) era bacharel em Gerontologia e os demais (n = 2) eram enfermeiros. O tempo de formação foi diferente entre cada um, variando de 5 a 10 anos (n = 1), 10 a 15 anos (n = 1) e mais de 15 anos (n = 1). Ainda sobre os dados acadêmicos, a maior titulação foi doutorado com realização de pós-doutorado para a maioria dos especialistas (n = 2). Estes concluíram o mestrado e o doutorado em outra área, contudo a dissertação e a tese foram desenvolvidas no campo da geriatria/ gerontologia. Um dos participantes (n = 1) se encontrava realizando mestrado em Gerontologia. Apenas um deles (n = 1) possuía o título de especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

Em relação à expertise, todos possuíam experiência com publicação de artigo científico; participação em grupo de pesquisa ou de estudo; autoria ou coautoria de capítulos e/ ou livros completos e pesquisas desenvolvidas, no campo da geriatria e gerontologia. Entre eles, a maior parte (n = 2) possuía experiência docente em cursos de graduação em gerontologia; docência

em cursos de graduação em outras áreas, mas ministrando disciplinas relativas à geriatria e gerontologia e experiência docente em cursos de pós-graduação em outra área, mas ministrando disciplinas relativas à área gerontológica.

Por fim, um experto (n = 1) tinha experiência docente em pós-graduação relativa à geriatria/ gerontologia; um (n = 1) possuía atuação fora do âmbito acadêmico na área e ainda, um (n = 1) possuía especialização *Lato sensu* na área. A maioria (n = 2) atuava no estado de Minas Gerais. A Tabela 3 apresenta os dados supracitados:

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica e acadêmico/ profissional dos expertos (n = 3) em Geriatria/Gerontologia da etapa de atualização do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Variáveis de caracterização	(continua)	
	F.A	F. R (%)
Idade		
Média (DP)	43 (18,73)	
Mediana (Mín./Máx.)	37 (28/64)	-
CV	43,57	
Sexo		
Feminino	1	33,33
Masculino	2	66,67
Formação acadêmica		
Gerontologia	1	33,33
Enfermagem	2	66,67
Tempo de formação		
5 a 10 anos	1	33,33
10 a 15 anos	1	33,33
Mais de 15 anos	1	33,33
Maior titulação		
Graduação com mestrado em andamento	1	33,33
Doutorado com Pós-Doutorado	2	66,67
Título de Especialista pela SBGG		
Sim	1	33,33
Não	2	66,67
Experiência em Geriatria/ Gerontologia		

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica e acadêmico/ profissional dos expertos (n = 3) em Geriatria/Gerontologia da etapa de atualização do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Variáveis de caracterização	F.A	(conclusão)
		F. R (%)
Mestrado em Gerontologia	1	33,33
Mestrado em outra área, mas com dissertação relativa à Gerontologia	2	66,67
Doutorado em Gerontologia	0	00,00
Doutorado em outra área, mas com tese relativa à Gerontologia	2	66,67
Pós-graduação <i>Lato Sensu</i> em Gerontologia	1	33,33
Artigo(s) publicados na área	3	100,00
Publicação de livro(s) e/ou capítulo(s) na área	3	100,00
Docência em curso de Graduação em Gerontologia	2	66,67
Docência em outros cursos de Graduação, mas ministrando disciplinas relativas à área	2	66,67
Docência em curso de Pós-Graduação em Geriatria/Gerontologia	1	33,33
Docência em outros cursos de Pós-Graduação, mas ministrando disciplinas na área	2	66,67
Atuação profissional		
Atuação em âmbito universitário	2	66,67
Outro	1	33,33
Estado em que atua		
Minas Gerais	2	66,67
Outro	1	33,33

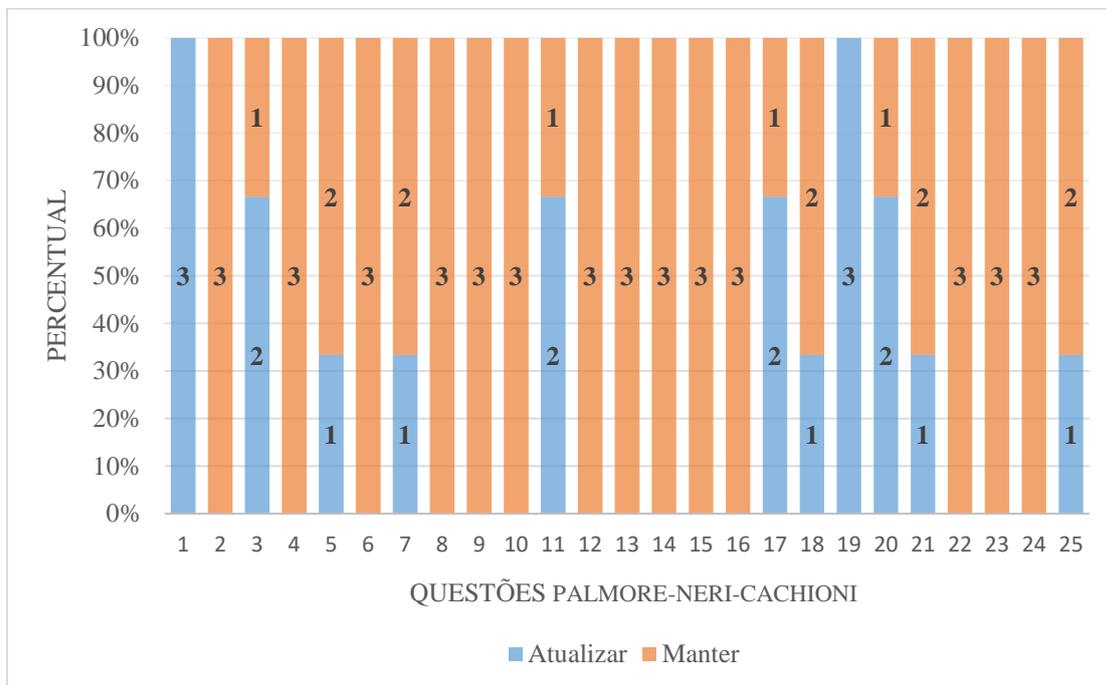
Fonte: A autora (2022).

Nota: CV: coeficiente de variação; DP: desvio padrão; F.A: frequência absoluta; F.R: frequência relativa; Mín.: mínimo/ Máx.: máximo; SBGG: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

2.4.1.1.2 Atualização do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice

Os especialistas analisaram os itens, suas respostas e sugeriram a atualização ou permanência das mesmas. O Gráfico 1 apresenta a relação das sugestões de atualização das respostas de cada um dos itens do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice pelos especialistas, em que unanimemente (n = 3) se recomendou que as respostas dos itens 01 e 19 fossem atualizadas e a maioria (n = 2) recomendou a atualização das repostas dos itens 03, 11, 17, 20.

Gráfico 1 – Relação dos julgamentos quanto à necessidade de atualização das respostas dos itens do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 1.0, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022



Fonte: A autora (2022).

A seguir são apresentadas as sugestões e deliberação pelo comitê de avaliação quanto à atualização das respostas do questionário. O Quadro 4, apresenta a síntese da decisão quanto à atualização, a resposta correta e as referências em que o comitê se apoiou. Em síntese, foram atualizadas as respostas de 07 itens, 08 itens passaram por alterações em seus enunciados e foi padronizado o termo “idoso” para se referir à pessoa com 60 anos de idade em detrimento dos termos “velho” e “velhice”.

Para o item 01, que faz parte do domínio cognitivo (“A proporção de pessoas de mais de 65 anos que apresentam problemas cognitivos severos é...” – resposta correta: opção b. “1 em 10”) – todos os especialistas indicaram atualização e obteve diferentes propostas de resposta correta, mesmo com a sugestão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais:

DSM-5 por dois dos profissionais. Com isso, modificou-se a idade referida de 65 para 60 anos, adotou-se o DSM-5 para atualizar a resposta do item, substituindo o termo “problemas cognitivos severos” por “demência” e adotando como resposta correta a proporção entre 2 e 30% (APA, 2014; SBGG, 2019).

Para o item 02, que faz parte do domínio físico (“Os sentidos que tendem ao enfraquecimento na velhice são...” – resposta correta: opção d. “todos os sentidos”) – foi sugerida por todos os especialistas a ser mantida, sendo apoiada por dois deles pela mesma referência bibliográfica, disponível na página oficial da SBGG do estado de São Paulo. Assim, a resposta do item foi mantida pelo comitê de avaliação (PEDRÃO, 2017; SBGG-SP, 2022?).

Para o item 03, que faz parte dos domínios físico e psicológico (“A maioria dos casais acima de 65 anos...” – resposta correta: opção a. perdem o interesse por sexo”) – foi sugerida à atualização por dois especialistas, porém, as indicações de resposta foram diferentes. Ressalta-se que apesar do especialista B ter indicado a permanência da resposta, a referência sugerida apontava o contrário. Com isso, a resposta foi atualizada para “mantém o interesse por sexo, mas pode ocorrer baixa frequência de atividade sexual”, considerando a bibliografia indicada pelos especialistas A e B (FERNADA; SILVA; SANTOS, 2019; LIMA, 2020; LIMA *et al.*, 2020; RIBEIRO FILHO, 2017).

Para o item 04, que faz parte do domínio físico (“A capacidade pulmonar nos idosos saudáveis...” – resposta correta: opção a. “tende a declinar”) – foi indicado por todos os expertos à permanência, sendo apoiada por diferentes estudos (GORZONI, 2017; LEIDENS, 2021; PASCOTINI *et al.*, 2016; RUIVO *et al.*, 2009). Por este motivo, a resposta do item foi mantida.

O item 05, que faz parte do domínio psicológico (“A satisfação com a vida entre idosos...” – resposta correta: opção b. “é maior do que entre os jovens”) – foi sugerida a permanência por dois profissionais. Assim, a resposta foi mantida (BANHATO; RIBEIRO; GUEDES, 2019; JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007; NERI; BATISTONI; RIBEIRO, 2017; SOUSA *et al.*, 2019).

Para o item 06, que faz parte do domínio físico (“A força física em idosos saudáveis...” – resposta correta: opção a. tende a declinar com a idade”) – foi indicada à permanência, sendo apoiada por distintas referências. A resposta do item foi então mantida (LUIZ JÚNIOR, 2016; ROSSI; SADER, 2017; VIRTUOSO *et al.*, 2014).

Para o item 07, que faz parte do domínio social (“A proporção de brasileiros de mais de 65 anos que residem em asilos e casas de repouso é de...” – resposta correta: opção a. 1 para 100”) – foi sugerida à atualização apenas por um especialista. Este indicou alterar a resposta para 06 a 08 em cada 1000, mas a sugestão não foi acatada, pois é contemplada pela resposta

original do instrumento. Dois comentários destacaram a necessidade de modificar no enunciado o termo asilos e casas de repouso por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Desta forma, a resposta do item permaneceu inalterada e o termo ILPI foi adotado (CAMARANO, 2010; CAMARANO; BARBOSA, 2016; CAMARANO; KANSO, 2010; CLAUDIA; KARINE, 2016; FAGUNDES *et al.*, 2017).

Para o item 08, que faz parte do domínio físico (“O número de acidentes em motoristas com mais de 65 anos, em comparação com os de 30 a 40 anos é...” – resposta correta: opção c. “menor”) – foi indicada por todos a ser mantida, sendo apoiada por diferentes referências. Assim, a resposta permaneceu inalterada, mas o enunciado foi modificado, substituindo o termo “em”, por “envolvendo” (BRASIL, 2019; IBGE, 2015a; OPAS, 2012; PITTA, 2021; WHO, 2018; WHO, 2018?).

Para o item 09, que faz parte dos domínios físico e cognitivo (“Em comparação com os trabalhadores de 25 a 35 anos, os de 50 a 60 anos apresentam...” – resposta correta: opção d. “depende do tipo de trabalho”) – foi sugerida a ser mantida por todos os especialistas. Contudo, um dos participantes referiu em seu comentário não conhecer o tema suficientemente, não ter encontrado referências e assim sua resposta se orientou pela lógica. Apesar disto, a bibliografia indicada pelos outros profissionais foi suficiente para sustentar a permanência da resposta (BLOMKVIST, 2018; NERI, 2017; PAOLINI, 2016).

Para o item 10, que faz parte dos domínios psicológico, social e físico (“A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que se mantêm ativas é... – resposta correta: opção c. grande”) – foi unânime quanto à sugestão de permanência da resposta, sendo apontadas diferentes referências, entretanto nenhuma delas traziam de forma explícita, informações sobre o que o item em tese questionava (CHINA *et al.*, 2021; IBGE, 2015b; OLIVEIRA; MEDEIROS; LIMA, 2015; WHO, 2005). Assim, o comitê fez uma busca na literatura científica e encontrou um estudo que apresentava a prevalência de pessoas idosas ativas, considerando o conceito estabelecido pela OMS (SOUSA *et al.*, 2018). Este foi o mesmo conceito adotado pelo especialista A para apoiar a sugestão de permanência da resposta. A resposta então, foi mantida.

Para o item 11, que faz parte do domínio psicológico (“A flexibilidade para adaptar-se a mudanças entre pessoas de 60 a 70 anos é...” – resposta correta: opção a. “pequena”) – foi apontado à atualização por dois dos especialistas. Apesar disto, as respostas sugeridas foram diferentes. Assim, após análise das bibliografias, que em geral se tratavam da resiliência psicológica, a resposta do item foi atualizada para “depende das circunstâncias enfrentadas ao longo da vida”, apoiada especificamente na referência sugerida pelo especialista A (MIRANDA, 2018; NERI; FONTES, 2017; SILVA JUNIOR, 2019).

Para o item 12, que faz parte do domínio cognitivo (“Em comparação com os jovens, a capacidade de aprender de pessoas de 60 a 70 anos é...” – resposta correta: opção a. “menor”) – esta foi sugerida por todos os especialistas a ser mantida, com indicação de referências distintas (LUCENA, 2019; APA, 2014; PEREIRA, 2017). A resposta do item foi então mantida.

Para a questão 13, que faz parte do domínio psicológico (“Em comparação com os jovens, os velhos têm a seguinte propensão à depressão...” – resposta correta: opção a. “maior”) – todos os profissionais sugeriram sua permanência. Assim, a resposta do item foi mantida, principalmente sendo apoiada pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, sugestão do especialista A, já que os outros estudos abordavam o tema, mas não apresentavam a comparação da prevalência da doença entre pessoas idosas e jovens (IBGE, 2020; LIMA *et al.*, 2016; LOPEZ *et al.*, 2011; SOUSA *et al.*, 2010).

Para o item 14, que faz parte do domínio físico (“Em comparação com os jovens, a velocidade de reação das pessoas de 60 a 70 anos é...” – resposta correta: opção a. “menor”) – foi sugerida a ter sua resposta mantida por todos os especialistas e a sugestão foi aceita mediante a bibliografia indicada (GOEBEL; FERREIRA, 2019?; LENARDT *et al.*, 2016; PEREIRA, 2017; RUIVO *et al.*, 2009; SBGG, 2022?).

Para o item 15, que faz parte dos domínios psicológico e social (“Em comparação com os jovens, os velhos...” – resposta correta: opção a. “valorizam mais as amizades chegadas/próximas”) – a sugestão foi de permanência da resposta, para todos os profissionais. Apenas dois especialistas apontaram bibliografias. Inclusive, um dos comentários foi justamente feito pelo especialista que não sugeriu referência, pois alegou não ter informações sobre o assunto e não encontrar dados na literatura. Com isso, a resposta do item permaneceu a mesma, apoiada principalmente pelas sugestões de referência indicada pelo especialista A (FERREIRA; BARHAM, 2017; LEMOS; MEDEIROS, 2017; RAYOL *et al.*, 2020).

Para a questão 16, que faz parte do domínio psicológico (“Em comparação com os jovens, os velhos são...” – resposta correta: opção d. “não depende de idade”) – foi consenso entre os profissionais a permanência da resposta. As referências utilizadas foram em geral, as mesmas que apoiaram o item 11. Desta forma, a resposta do item foi mantida principalmente considerando a referência do especialista A (ARAÚJO, 2019; NERI; FONTES, 2017; SILVA JÚNIOR, 2019).

Para o item 17, que faz parte do domínio social (“A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que vivem sozinhas é...” – resposta correta: opção a. “pequena”) – os especialistas B e C concordaram em atualizar a resposta. Contudo a sugestão não foi aceita pelo comitê de avaliação e a resposta permaneceu inalterada. A principal referência que apoiou a decisão foi

sugerida pela especialista A que apresentava dados da PNS de 2013 (IBGE, 2010; IBGE, 2022b; GRANDIN; RODRIGUES, 2020; NEGRINI *et al.*, 2018; PEREIRA de ALMEIDA *et al.*, 2021). O comitê avaliativo incluiu ao final do enunciado a expressão “no Brasil”, a fim de justificar a resposta considerada correta, devido a um comentário tecido pelo especialista C que pontuou que “pequena” era um parâmetro subjetivo.

Para o item 18, que faz parte do domínio físico (“A taxa de acidentes de trabalho entre adultos mais velhos tende a ser...” – resposta correta: opção d. “depende do tipo de tarefa”) – foi sugerida pelos especialistas B e C que sua resposta fosse mantida. O participante que divergiu se apoiou nos dados da PNS de 2013 para sugerir que a resposta correta seria “menor”, quando comparada aos jovens. Deste modo, o item teve seu enunciado modificado inserindo essa comparação com os jovens e a resposta considerada correta foi atualizada para “menor” (IBGE, 2015a; RODRIGUES; CHARIGLIONE; SILVA, 2019; TAVARES, 2018).

Para o item 19, que faz parte do domínio social (“A porcentagem de brasileiros acima de 60 anos é...” – resposta correta: opção b. “8,20%”) – todos os especialistas concordaram com a necessidade de atualização da resposta do item. As respostas propostas foram diferentes e as principais sugestões de referência foram retiradas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Um comentário evidenciou o advento da pandemia da Covid-19, que foi altamente fatal principalmente entre pessoas idosas, interferindo nas referências mais atuais, quanto ao assunto. Assim, como divergiam as respostas, a comissão avaliadora buscou na literatura dados adicionais. Como os dados eram variáveis de acordo com a fonte consultada, ao final do enunciado incluiu-se a expressão “é cerca de”, para indicar um valor aproximado. Além disso, a resposta foi atualizada para 15,00% considerando as referências encontradas e àquela sugerida pelo especialista A (ALVES; 2020; BRASIL, 2022; IBGE, 2018; 2021, 2022b).

Para o item 20, que faz parte do domínio social (“No sistema público de saúde o tratamento dos idosos em comparação com os jovens tem prioridade...” – resposta correta: opção a. “menor”) – um dos especialistas julgou que a resposta deveria permanecer inalterada, sugerindo como referência o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990). Os demais citaram como referências documentos relativos à pessoa idosa como a PNSPI e Estatuto do Idoso para indicar a atualização da resposta (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006b). Portanto, a resposta do item foi atualizada para “maior” e no enunciado foi retirada a expressão “em comparação com os jovens” para prevenir confusões em relação ao ECA.

Para o item 21, que faz parte do domínio social (“A maioria dos idosos brasileiros tem rendimento mensal de...” – resposta correta: opção a. “até 1 salário mínimo”) – dois especialistas sugeriram a permanência da resposta. Contudo, a resposta foi atualizada, para “até

2 salários mínimos”, segundo a sugestão do especialista que divergiu dos demais, mediante a referência proposta (BRASIL, 2021?; IBGE, 2022?a; MARCOS *et al.*, 2019).

Para o item 22, que faz parte do domínio social (“A maioria dos idosos são...” – resposta correta: opção b. “socialmente produtivos, mas economicamente inativos”) – foi sugerida por todos os especialistas a ter sua resposta mantida. As referências foram diversas. Portanto, a resposta foi sustentada (BRASIL, 2021?; IBGE, 2010; IBGE, 2022?a; FERNANDA *et al.*, 2016).

Para o item 23, que faz parte do domínio psicológico (“A religiosidade tende a...” – resposta correta: opção a. “crescer com a idade”) – foi sugerida a ter sua resposta mantida por todos os especialistas, sendo apoiada em sua totalidade por artigos científicos, assim a sugestão foi contemplada. O item apresentou uma observação acerca da possibilidade de mudança da religiosidade nas próximas gerações de pessoas idosas (CHAVES *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2013; VERÍSSIMO; NETO; 2012; VIEIRA; AQUINO, 2016; ZENEVICZ; MORIGUCHI; MADUREIRA, 2013).

Para o item 24, que faz parte do domínio psicológico (“Com a idade, a maioria dos idosos...” – resposta correta: opção c. “torna-se emocionalmente mais seletiva”) – obteve-se concordância entre todos os especialistas em ter sua resposta mantida. Contudo, um dos participantes, embora tenha opinado quanto a permanência da resposta, não apontou nenhuma bibliografia que a sustentasse, alegando em seu comentário não dominar o tema e não ter encontrado informações sobre o mesmo. Apesar disto, as referências foram suficientes para a sustentar a decisão (FERREIRA; BARHAM; 2017; NERI, 2017; PINTO; NERI, 2017).

Para o item 25, que faz parte do domínio social (“Em comparação com as velhas gerações, as próximas gerações de idosos serão...” – resposta correta: a. “mais educadas” – foi sugerida a ter sua resposta mantida pela sugestão de dois participantes que consideraram a educação quanto à escolaridade. Contudo, o participante que divergiu, sugeriu que a resposta deveria ser: “não é possível prever”, pois considerou a educação quanto aos estereótipos sobre a pessoa idosa, mas não apontou nenhuma referência que apoiasse sua opinião. Com isso, a resposta do item foi mantida, as alternativas foram modificadas, com a substituição do termo “educadas” por “escolarizadas”, a fim de melhorar a compreensão do item e no enunciado foi substituído o termo “velhas gerações” por “gerações passadas” (IBGE, 2015b; CÂMARA, 2019).

O Apêndice N consta o parecer detalhado de cada um dos especialistas, relativo a todos os pontos solicitados e acima apresentados.

Quadro 4 – Relação da atualização das respostas dos itens do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice-Versão 1.0, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continua)

Item	Status	Resposta correta	Referências
01	Atualizada*	Entre 2 e 30%	APA (2014)
02	Mantida	Todos os sentidos	PEDRÃO (2017) SBGG- SP (2022?)
03	Atualizada	Mantém o interesse por sexo, mas pode ocorrer baixa frequência de atividade sexual	FERNADA; SILVA; SANTOS (2019) RIBEIRO FILHO (2017)
04	Mantida	Tende a declinar	GORZONI (2017) LEIDENS (2021) PASCOTINI <i>et al.</i> (2016) RUIVO <i>et al.</i> (2009)
05	Mantida	Tende a ser maior do que entre os jovens	NERI; BATISTONI; RIBEIRO (2017)
06	Mantida	Tende a declinar com a idade	LUIZ JÚNIOR (2016) ROSSI; SADER (2017) VIRTUOSO <i>et al.</i> (2014)
07	Mantida*	1 para 100	CAMARANO (2010) CAMARANO; BARBOSA (2010) CAMARANO; KANSO (2010) CLAUDIA; KARINE (2016) FAGUNDES <i>et al.</i> (2017)
08	Mantida*	Menor	BRASIL (2019) IBGE (2015a) PITTA (2021)
09	Mantida	Depende do tipo de trabalho	BLOMKVIST (2018) NERI (2017) PAOLINI (2016)
10	Mantida	Grande	SOUZA <i>et al.</i> (2018) WHO (2005)

Quadro 4 – Relação da atualização das respostas dos itens do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice-Versão 1.0, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continuação)

Item	Status	Resposta correta	Referências
11	Atualizada	Depende das circunstâncias enfrentadas ao longo da vida	NERI; FONTES (2017)
12	Mantida	Menor	PEREIRA (2017) APA (2014)
13	Mantida	Maior	IBGE (2020)
14	Mantida	Menor	GOEBEL; FERREIRA (2019?) LENARDT <i>et al.</i> (2016) PEREIRA (2017) RUIVO <i>et al.</i> (2009) SBGG (2022?)
15	Mantida	Valorizam mais as amizades chegadas/próximas	FERREIRA; BARHAM (2017) LEMO; MEDEIROS (2017)
16	Mantida	Não depende de idade	NERI; FONTES (2017)
17	Mantida*	Pequena	NEGRINI <i>et al.</i> (2018)
18	Atualizada*	Menor	IBGE (2015a)
19	Atualizada*	15%	IBGE (2021) IBGE (2022b) BRASIL (2022)
20	Atualizada*	Maior	BRASIL (2004) BRASIL (2006)
21	Atualizada	Até 2 salários mínimos	BRASIL (2021?)
22	Mantida	Socialmente produtivos e economicamente inativos	BRASIL (2021?) IBGE (2010)
23	Mantida	Crescer com a idade	VERÍSSIMO; NETO (2012)

Quadro 4 – Relação da atualização das respostas dos itens do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice-Versão 1.0, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

(conclusão)

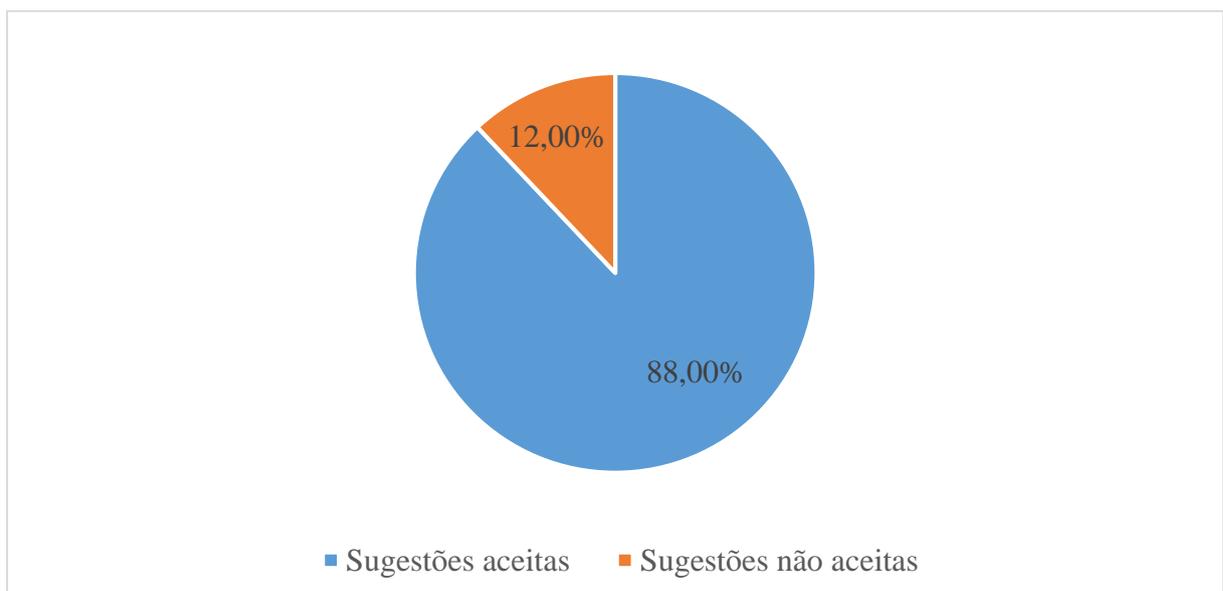
Item	Status	Resposta correta	Referências
			ZENEVICZ; MORIGUCHI; MADUREIRA (2013)
24	Mantida	Torna-se emocionalmente mais seletiva	FERREIRA; BARHAM (2017) NERI (2017) PINTO; NERI (2017)
25	Mantida*	Mais escolarizadas	IBGE (2015b)

Fonte: A autora (2022).

* Enunciado modificado após a atualização.

Desta forma, a maior parte dos itens (88,00%) teve suas sugestões quanto à necessidade de atualização contempladas, considerando a opinião da maioria (dois ou três) dos especialistas (GRÁFICO 2). O item 17 foi recomendado à atualização, contudo, a sugestão não foi acatada e assim permaneceu como consta na versão 1.0 do questionário. Os itens 18 e 21, por sua vez, foram sugeridos à permanência, porém após deliberação pelo comitê de avaliação, estes tiveram suas respostas atualizadas.

Gráfico 2 – Decisão das sugestões de atualização do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice-Versão 1.0, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022



Fonte: A Autora (2022).

Concluída esta etapa, foi possível obter a versão atualizada do questionário, denominada Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.0, submetido à validação de conteúdo (APÊNDICE O).

2.4.1.2 Etapa 2: Avaliação da Validade de conteúdo do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.0 – Primeira rodada

2.4.1.2.1 Caracterização dos membros do comitê de juízes especialistas da primeira rodada de validação de conteúdo

Participaram desta etapa cinco profissionais. Todos eram do sexo feminino, com média de idade de 43,60 anos (DP = 10,78). A formação acadêmica foi distinta, sendo composta por profissionais da enfermagem (n = 1), psicologia (n = 1), farmácia bioquímica (n = 1), fisioterapia (n = 1) e assistência social (n = 1). Ainda sobre os dados acadêmicos, a maioria (n = 3) possuía mais de 15 anos de conclusão da graduação, sendo a maior titulação doutorado (n = 3), duas (n = 2) possuíam doutorado com realização de pós-doutorado e duas (n = 2) detinham o título de especialista em Gerontologia pela SBBG.

Sobre a expertise na área gerontológica, todas as especialistas (n = 5) tinham mestrado em outra área, com dissertação desenvolvida no campo da Geriatria e Gerontologia, publicação de artigo científico, participação em grupo de estudo/pesquisa, autoria ou coautoria de livros completos/ou capítulos de livro, desenvolvimento de pesquisa e docência em curso de graduação em gerontologia. A maioria (n = 4) possuía doutorado em outra área, mas com tese desenvolvida na geriatria/gerontologia e docência em curso de Pós-Graduação em Gerontologia.

Ainda, três especialistas (n = 3) realizaram pós-graduação *lato sensu* na área gerontológica e possuíam atuação docente em outros cursos de pós-graduação com ministração de disciplinas na área.

Duas especialistas (n = 2) contavam com experiência profissional em gerontologia fora do âmbito acadêmico e docência em outros cursos de graduação ministrando disciplinas relativas ao envelhecimento humano. Por fim, uma das expertas (n = 1) concluiu doutorado em Gerontologia.

Quanto a construção/ adaptação de instrumentos, a maioria (n = 4) relatou ter experiência prévia e todas (n = 5) já haviam atuado como membro de comitê de juízes especialistas em processos de validação de conteúdo de instrumentos.

Finalmente, todas as expertas (n = 5) atuavam no contexto universitário, sendo a maior parte (n = 4) no estado de São Paulo (TABELA 4).

Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica e acadêmico/ profissional dos membros do comitê de juízes especialistas (n = 5) da primeira rodada de validação de conteúdo do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.0, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Variáveis de caracterização	(continua)	
	F. A	F. R (%)
Idade		
Média (DP)	43,6 (10,78)	
Mediana (Mín./Máx.)	43 (34/55)	-
CV	0,25	
Sexo		
Feminino	5	100,00
Masculino	0	00,00
Formação acadêmica		
Assistência social	1	20,00
Psicologia	1	20,00
Enfermagem	1	20,00
Farmácia bioquímica	1	20,00
Fisioterapia	1	20,00
Tempo de formação		
10 a 15 anos	2	40,00
Mais de 15 anos	3	60,00
Maior titulação		
Doutorado	3	60,00
Doutorado com Pós-Doutorado	2	40,00
Título de especialista pela SBBG		
Sim	2	40,00
Não	3	60,00
Experiência em Geriatria/Gerontologia		
Mestrado em Gerontologia	0	0,00
Mestrado em outra área, mas com dissertação relativa à Gerontologia	5	100,00

Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica e acadêmico/ profissional dos membros do comitê de juízes especialistas (n = 5) da primeira rodada de validação de conteúdo do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.0, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Variáveis de caracterização	F. A	(conclusão)
		F. R (%)
Doutorado em Gerontologia	1	20,00
Doutorado em outra área, mas com tese relativa à Gerontologia	4	80,00
Pós-graduação <i>lato sensu</i> em Gerontologia	3	60,00
Artigo(s) publicados na área	5	100,00
Participação em grupo(s) de estudo/pesquisa na área	5	100,00
Atuação profissional fora do âmbito acadêmico, na área	2	40,00
Desenvolvimento de pesquisa(s) na área	5	100,00
Publicação de livro(s) e/ ou capítulo(s) na área	5	100,00
Docência em curso de Graduação em Gerontologia	5	100,00
Docência em outros cursos de Graduação, mas ministrando disciplinas relativas à área	2	40,00
Docência em curso de Pós-Graduação em Geriatria/Gerontologia	4	80,00
Docência em outros cursos de Pós-Graduação, mas ministrando disciplinas na área	3	60,00
Experiência com construção e validação de instrumentos		
Trabalhou com construção/ validação de instrumentos	4	80,00
Atuação como membro do comitê de juízes especialistas na validação de conteúdo de instrumentos	5	100,00
Atuação profissional		
Atuação em âmbito universitário	5	100,00
Estado em que atua		
São Paulo	4	80,00
Outro	1	20,00

Fonte: A autora (2022).

Nota: CV: coeficiente de variação; DP: desvio padrão; F.A: frequência absoluta; F.R: frequência relativa; Mín.: mínimo/ Máx.: máximo; SBGG: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

2.4.1.2.2 Avaliação da validade de conteúdo dos itens

Os 25 itens que compõem o Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice foram avaliados quantitativamente pelo IVC/Kappa modificado e pelo RVC. Desta forma, a Tabela 5 apresenta os valores obtidos para cada um dos parâmetros, bem como suas respectivas classificações.

Tabela 5 – Avaliação da Primeira Rodada de Validade de Conteúdo dos itens do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.0, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continua)

Item	Clareza		Representatividade		Parcial	Clareza	Representatividade	Parcial	Classificação
	I-IVC	<i>k</i> *	I-IVC	<i>k</i> *		RVC	RVC		
01	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter	1,00	1,00	Manter	Manter
02	0,60	...	1,00	1,00	Revisar	0,20	1,00	Revisar	Revisar
03	0,80	0,76	1,00	1,00	Manter	0,60	1,00	Revisar	Revisar
04	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter	1,00	1,00	Manter	Manter
05	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter	1,00	1,00	Manter	Manter
06	0,80	0,76	0,80	0,76	Manter	0,60	0,60	Revisar	Revisar
07	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter	1,00	1,00	Manter	Manter
08	1,00	1,00	0,80	0,76	Manter	1,00	0,60	Revisar	Revisar
09	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter	1,00	1,00	Manter	Manter
10	0,60	...	1,00	1,00	Revisar	0,20	1,00	Revisar	Revisar
11	1,00	1,00	0,80	0,76	Manter	1,00	0,60	Revisar	Revisar
12	0,60	...	0,60	...	Revisar	0,20	0,20	Revisar	Revisar
13	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter	1,00	1,00	Manter	Manter
14	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter	1,00	1,00	Manter	Manter
15	0,80	0,76	1,00	1,00	Manter	0,60	1,00	Revisar	Revisar
16	0,60	...	0,80	0,76	Revisar	0,20	0,60	Revisar	Revisar

Tabela 5 – Avaliação da Primeira Rodada de Validade de Conteúdo dos itens do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.0, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

(conclusão)

Item	Clareza		Representatividade		Parcial	Clareza		Representatividade		Parcial	Classificação
	I-IVC	<i>k</i> *	I-IVC	<i>k</i> *		RVC	RVC				
17	0,60	...	1,00	1,00	Revisar	0,20	1,00	Revisar	Revisar		
18	0,80	0,76	0,60	...	Revisar	0,60	0,20	Revisar	Revisar		
19	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter	1,00	1,00	Manter	Manter		
20	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter	1,00	1,00	Manter	Manter		
21	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter	1,00	1,00	Manter	Manter		
22	0,80	0,76	0,60	...	Revisar	0,60	0,20	Revisar	Revisar		
23	1,00	1,00	0,80	0,76	Manter	1,00	0,60	Revisar	Revisar		
24	0,60	...	0,80	0,76	Revisar	0,20	0,60	Revisar	Revisar		
25	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter	1,00	1,00	Manter	Manter		

Fonte: A autora (2022).

Nota: I-IVC: Índice de Validade de Conteúdo no nível de item; *k* *: Kappa modificado; RVC: Razão de Validade de Conteúdo.

A avaliação contou também com a fase qualitativa, por meio da análise dos comentários e sugestões dos juízes pelo comitê de avaliação. Assim, o Apêndice P apresenta a relação de todos os comentários e sugestões tecidos na análise pelos especialistas.

Destaca-se que foi padronizado em todo o questionário o termo “pessoas idosas” para se referir aos indivíduos com 60 anos ou mais de idade, em detrimento do termo padronizado na etapa de atualização “idosos”. A idade de 65 anos foi substituída por 60 anos nos itens que a utilizavam para se referir à pessoa idosa, conforme a legislação brasileira. Todas estas substituições consideraram as sugestões apontadas pelas especialistas.

Exposto isso, para facilitar a apresentação dos resultados de cada item, estes são apresentados de acordo com os domínios aos quais pertencem.

O domínio físico contempla nove itens, destes foram apontados à permanência três itens e, à revisão foram apontados seis itens, de acordo com a análise quantitativa.

O item 02, obteve níveis insatisfatórios para clareza tanto pelo IVC/Kappa (0,60), quanto pelo RVC (0,20), contudo apresentou pontuação máxima para representatividade em ambos os cálculos. Desta forma, a indicação de revisão pela análise quantitativa foi atendida, já que os comentários tecidos foram relativos à clareza do item, subsidiando a revisão do mesmo. Dois especialistas sugeriram a troca da palavra “enfraquecimento”, além da atualização para o termo “pessoas idosas”. Assim, o enunciado do item foi modificado: “Os sentidos que tendem a sofrer declínio nas pessoas idosas são”.

Para o item 03, quanto ao IVC/Kappa modificado atingiu-se satisfatoriedade para os dois atributos avaliados, contudo, para o RVC, a clareza obteve pontuação insuficiente (RVC = 0,6). Assim, este item foi revisado. Considerando os comentários, o enunciado foi modificado para se tornar mais explicativo, já que era necessária a leitura das alternativas para compreender o que se pedia no item e substituiu-se o termo “nos casais” para “pessoas”, pois abrange práticas sexuais que não necessariamente envolvam um segundo indivíduo. Com essas alterações o item foi reformulado: “No que diz respeito à vida sexual de pessoas a partir de 60 anos, a maioria”.

O item número 04, foi mantido após análise pelo comitê de avaliação, já que apresentou pontuação máxima para IVC/Kappa (1,00/1,00) e RVC (1,00), para ambos os atributos avaliados. Contudo, apresentou algumas observações quanto à clareza, que foram atendidas. Alterou-se a alternativa d. “não tem relação com idade”, para “não tem relação com a idade”, pois a alternativa apresentava um erro de digitação e, enfatizou-se no enunciado a referência do item ao processo natural do envelhecimento. Deste modo, questiona-se no item 04: “Considerando as alterações do processo natural do envelhecimento, a capacidade pulmonar nas pessoas idosas”.

Quanto ao item 06, o RVC apresentou níveis insuficientes tanto para clareza quanto para representatividade (RVC = 0,60), com isso, o item foi revisado conforme sugestões dos juízes. As alternativas foram modificadas a fim de seguir o padrão apresentado em outros itens: “tende a declinar”, “tende a manter-se”, “tende a aumentar” e “não tem relação com a idade”. Duas juízas sugeriram enfatizar no enunciado que o item se refere às alterações inerentes ao envelhecimento. Assim, o enunciado do item foi alterado: “Considerando as alterações do processo natural do envelhecimento, a força física nas pessoas idosas”.

O item 08 foi revisado, pois apresentou RVC insatisfatório para representatividade, (RVC = 0,60). Diante dos comentários, foi rejeitada a sugestão de não adequação do item ao domínio físico, já que este comentário não fora feito por outras juízas e para o IVC/Kappa modificado este foi satisfatório (IVC = 0,8/k* = 0,76). O enunciado sofreu alterações, pois deixou de se referir ao recorte etário de 30 a 40 anos e passou a se referir aos mais jovens de forma geral: “O número de acidentes envolvendo motoristas a partir de 60 anos em comparação com motoristas mais jovens é”.

Já para o item 09 não foi contemplado o comentário realizado, o qual sugeriu a necessidade de especificar qual o tipo de eficiência no trabalho o enunciado se referia, porém, o item atingiu pontuação máxima em todos os atributos e em todos os cálculos, sendo indicada a permanência (IVC/k* = 1,00; RVC = 1,00). O item foi então, mantido.

A indicação de revisão pela análise quantitativa do item 10 sobre a proporção de pessoas de 60 a 70 anos que se mantém ativas, foi acatada, já que para o atributo representatividade esta obteve pontuação máxima, *i.e.*, as juízas julgaram como um item relevante dentro do construto avaliado, contudo, a redação do seu enunciado estava falha (IVC = 0,60 e RVC = 0,20), pois não era possível identificar à qual tipo de atividade se referia. Assim, considerando que o item abrange os domínios psicológico, social e físico, foi adotado o conceito preconizado pela OMS (2005). Esta foi a nova formulação do item: “O conceito de envelhecimento ativo abrange participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo. Assim, considerando este conceito, a proporção de pessoas de 60 a 70 anos que se mantém ativas, é”.

O item 14 foi indicado à permanência e, portanto, foi mantido (IVC/k* = 1,00; RVC = 1,00). Alcançou pontuação máxima em todos os atributos avaliados, mas ainda assim obteve um comentário sobre a necessidade de descrição do conceito de velocidade de reação, pois poderia ser um termo desconhecido aos profissionais que não estivessem envolvidos diretamente com a área gerontológica. O comentário foi considerado e o enunciado passou a conter a definição do conceito: “Em comparação com os jovens, a velocidade de reação, caracterizada como o intervalo de tempo entre o início do estímulo e o começo da resposta voluntária, das pessoas de 60 a 70 anos é” (ROSSATO; CONTREIRA; CORAZZA, 2011). A alternativa d, foi alterada, mesmo não havendo apontamentos pelas especialistas, substituindo-se “d. não depende da idade” por “d. não tem relação com a idade”.

Por fim, o item 18 foi apontado à revisão pela análise quantitativa, já que apenas o IVC/Kappa modificado para o atributo clareza foi satisfatório (IVC = 0,8/k* = 0,76). O item apresentou diversos comentários quanto a sua clareza e representatividade. Quanto à clareza,

uma das juízas levantou a problemática do item ser semelhante ao item 09 (a eficiência do trabalhador idoso em relação ao trabalhador jovem), cuja resposta é “depende do tipo de tarefa” e salientou que o item 18 então, poderia levar os respondentes a assinalar a mesma resposta do item 09. Com isso, para resolver esse problema, a alternativa d. “depende do tipo de tarefa”, foi substituída por: d. “não é conhecida, pois existem poucas pessoas idosas trabalhadoras”. Também, uma das juízas sugeriu incluir porcentagens, contudo, o comitê de avaliação optou por não acatar, a fim de manter o instrumento sempre mais próximo ao original. Quanto à representatividade, uma das juízas discordou do pertencimento deste item ao domínio físico, contudo, não expressou sua opinião sobre qual deveria ser o domínio pertencente. Portanto, este comentário não foi acatado. Ainda, uma das juízas sugeriu um artigo científico que julgou de interesse para o item e a juíza que sugeriu a inclusão de porcentagens, orientou encontrar dados mais concretos na literatura, porém, esta sugestão não foi aceita. Finalmente, as alternativas passaram a se iniciar com “tende a”, pequena alteração realizada pelo comitê a fim de padronização do questionário.

Já o domínio cognitivo, que contempla três itens, dois foram indicados à permanência e um item foi indicado à revisão pela análise quantitativa.

O item 01 foi mantido, já que obteve pontuação máxima em todos os atributos avaliados e não apresentou nenhum comentário ou sugestão. O item 09 também foi mantido e a descrição do seu resultado foi apresentada no domínio físico, pois esta questão é multidomínios.

Por fim, o item 12, foi revisado, já que quantitativamente foi insatisfatório para todas as avaliações. Em relação aos comentários, para a clareza, uma das juízas apontou: “Sugiro colocar: a capacidade de aprender de pessoas de 60 anos ou mais. Da forma como está, parece que é só até 70 anos que é menor, e depois poderia ser melhor ou igual a dos jovens”, assim, este comentário foi considerado pelo comitê avaliativo. Outra especialista sugeriu abordar alguma função cognitiva como a memória ou atenção em detrimento da capacidade de aprender e ainda, outra juíza apontou a multifatorialidade do processo de aprendizagem. Para a representatividade, esta última especialista sugeriu buscar mais dados na literatura. Desta forma, o comitê avaliativo alterou o aspecto abordado no item (capacidade de aprender) para memória, que é uma função cognitiva que tende a diminuir com o envelhecimento (GOMES *et al.*, 2020; LO, 2017; MALDONADO BRIEGAS *et al.*, 2020) e substituiu a faixa etária de 60 a 70 anos para 60 anos ou mais. Além disso, incluiu-se no início das alternativas, a partícula “tende a”.

Quanto ao domínio psicológico, que abrange nove itens, apenas dois foram indicados à permanência e sete itens indicados à revisão pela análise quantitativa.

Desta forma, como apresentado no domínio físico, o item número 03 foi revisado. O item 05, foi mantido, diante da pontuação obtida e da ausência de comentários, excetuando-se o comentário sobre a troca do termo “idosos” por “pessoas idosas”. O item 10 também foi revisado conforme descrição do domínio físico.

Quanto à flexibilidade para adaptar-se a mudanças de pessoas idosas - item 11, este foi indicado a revisão (RVC representatividade = 0,60) e apresentou alterações como a exclusão do limite de idade de 70 anos no enunciado, pois uma das juízas ressaltou: “se a resposta é depende das circunstâncias enfrentadas ao longo da vida, porque colocar o limite de 70 anos?”. Com isso, o enunciado foi modificado: “A flexibilidade para adaptar-se a mudanças entre as pessoas idosas é: a) depende das circunstâncias enfrentadas ao longo da vida”. Também, a alternativa d. “não tem relação com a idade” foi alterada para “tende a manter-se”, pois se confundia com a resposta considerada correta e sua ordem foi invertida com a alternativa c) tende a aumentar.

O item 13 foi mantido, mas apresentou alguns comentários quanto à clareza e, assim, foi contemplado o comentário sobre apresentação da alternativa d. “não depende da idade” que foi modificada para d. “não tem relação com a idade”, como aparece no restante do questionário. Não foi contemplada a sugestão de especificação de faixa etária para as pessoas idosas, no enunciado da questão, pois foi um comentário isolado e o item obteve satisfatoriedade em todas as avaliações.

O item 15 apresentou inadequação para clareza pelo RVC (RVC = 0,60), assim foi revisado com a inclusão dos comentários. Duas juízas pontuaram sobre a incompletude do enunciado que foi modificado para: “No que diz respeito às amizades, as pessoas idosas em comparação com os jovens”. Foi padronizado a alternativa d assim como para a questão 13.

O item 16 foi revisado, pois apresentou adequação apenas para o IVC/Kappa modificado para o atributo clareza (IVC = 0,80/k* = 0,76). Como foram realizados comentários sobre a clareza, a comissão avaliadora obteve subsídios para melhorar a redação do item, sendo contemplados o comentário sobre padronização da alternativa d para “não tem relação com a idade” e os comentários acerca do enunciado que era insuficiente. Desta forma, o item passou a abordar: “No que diz respeito às questões emocionais, as pessoas idosas em comparação com os jovens, são”.

Para o item 23, que obteve inadequação para o RVC de representatividade (RVC = 0,60), este foi revisado por meio da inclusão dos comentários tecidos, em que para melhoria da representatividade foi substituído no enunciado o termo “religiosidade” por “espiritualidade”, já que é mais abrangente e, para melhorar a clareza da alternativa considerada correta,

substituiu-se o verbo “crescer” por “aumentar”. Um outro acréscimo foi realizado: no início do enunciado foi acrescido a expressão “em pessoas idosas”, pois mesmo não sendo apontado por nenhuma juíza, a comissão de avaliação levou em conta os comentários que foram frequentes sobre os enunciados que poderiam ser mais completos. Deste modo, o item 23 pergunta: “Em pessoas idosas, a espiritualidade tende a”.

Finalmente, o item 24 sobre a emotividade nas pessoas idosas, foi revisado, já que só o atributo representatividade apenas para o IVC/Kappa modificado foi suficiente ($IVC = 0,8/k^* = 0,76$). Todos os comentários foram em relação à clareza do item, onde uma juíza apontou sua semelhança com o item 16, sugerindo excluir um dos itens ou modificar o item 24 para que melhorasse a distinção entre eles. A semelhança do item 24 com o item 16 também foi relatada por outra juíza que não apresentou nenhuma solução para subsidiar a alteração do mesmo. Desta forma, o comitê avaliativo, para superar a questão da sobreposição dos itens 16 e 24 e para resolver a incompletude do enunciado, alterou o enunciado para “No que diz respeito ao comportamento emocional, a maioria das pessoas idosas” e todas as quatro alternativas foram modificadas, passando a serem: a. “busca relacionamentos que promovam *status* social e bem-estar emocional”, b. “busca relacionamentos que promovam bem-estar social e emocional”, c. “busca relacionamentos que promovam popularidade e bem-estar emocional”, d. “busca não se relacionar”, de acordo com a literatura científica consultada (FERREIRA; BARHAM, 2017; NERI, 2017; PINTO; NERI, 2017).

O último domínio, o domínio social, que contempla nove itens, apresentou cinco itens indicados à permanência e quatro à revisão pela análise quantitativa.

O item 07 foi mantido e o comentário tecido sobre sua representatividade, ao qual uma juíza questionou a relevância de se explorar a proporção de pessoas idosas em ILPI no domínio social, não foi acatado, pois o item não apresentou nenhuma outra evidência que justificasse e apoiasse tal comentário.

O item 10 que foi revisado, não obteve comentário, pois estes já foram apontados no domínio físico.

O item 15, para além das considerações descritas no domínio anterior, uma das juízas pontuou a crescente inserção das pessoas idosas no mundo virtual e questionou a representatividade do item já que a resposta considerada correta é “valorizam mais as amigas chegadas /próximas”, salientando a possibilidade de considerar como correta a alternativa b) buscam fazer novos amigos. Contudo, esta sugestão não foi contemplada porque a pontuação para representatividade foi máxima tanto para IVC/Kappa modificado (1,00/1,00) quanto para RVC (1,00).

Para o item 17, indicado à revisão, devido à baixa pontuação para clareza no IVC/Kappa modificado ($IVC = 0,60$) e RVC ($RVC = 0,20$), foram incorporadas as sugestões quanto à clareza. Duas juízas pontuaram a não necessidade de limitação da faixa etária até os 70 anos, devendo ser indicada a população idosa de forma geral. Duas juízas também pontuaram a subjetividade das alternativas apresentadas (pequena, média, grande, não tem relação com a idade). Assim as alternativas foram reformuladas considerando a sugestão da juíza 1: a) menor que 25%, b) Próxima a 50%; c) acima de 70% e d) não tem relação com a idade (NEGRINI *et al.*, 2018). Um comentário sobre representatividade foi tecido: “Seria importante considerar as tendências, e também a quantidade de arranjos familiares compostos apenas por casais de idosos, que também está em aumento na população brasileira”, contudo, não fora aceito, pois, a pontuação pela avaliação quantitativa foi máxima.

O item 19, que versa sobre a proporção de pessoas idosas que vivem no Brasil, foi mantido. O comentário realizado não foi acatado. Pois, sugeria a indicação de faixas de porcentagem, visto que são dados que mudam constantemente. Contudo, o questionário avaliado tem repostas que são embasadas na literatura, assim, a desatualização das respostas é algo inerente a ele e, portanto, atualizações devem ser feitas de tempos em tempos.

Seguindo para o item 20, sobre a prioridade dada às pessoas idosas nos serviços de saúde públicos, também fora mantido, contudo ainda foi contemplada a sugestão de uma das juízas de substituição da palavra “tratamento”, por “atendimento”.

O item 21, também mantido e não apresentou nenhuma modificação, pois, o único comentário apontado não foi contemplado, devido ao ótimo resultado obtido quantitativamente e a ausência de comentários adicionais.

O item 22 foi revisado, já que só o atributo clareza no IVC/Kappa modificado foi adequado ($IVC = 0,80/k* 0,76$). Os comentários realizados foram diversos. Quanto à clareza, os apontamentos foram a falta de compreensibilidade do enunciado e emprego informal não considerado. Quanto à representatividade, foi sugerido repensar as opções de resposta, contudo nenhuma informação que pudesse subsidiar a alteração foi registrada. Desta forma, considerando estes comentários, o comitê avaliativo decidiu por alterar o enunciado para “No que diz respeito ao trabalho, a maioria das pessoas idosas”. As alternativas também foram alteradas, onde: a. “mantém vínculo empregatício formal”, b. “estão trabalhando ou gostariam de estar trabalhando (incluindo trabalho doméstico ou voluntário)”, c. “estão fazendo trabalho voluntário”, “não se interessam pelo trabalho”.

Enfim, o item 25, fora mantido mediante a análise quantitativa e a análise qualitativa, já que não apresentou comentários ou sugestões, com exceção da padronização da faixa etária das pessoas idosas (60 anos).

2.4.1.2.3 Avaliação da abrangência dos domínios

Todos os quatro domínios do questionário foram considerados adequados com 100,00% de concordância entre os juízes (TABELA 6). Apesar disto, alguns comentários e sugestões foram realizados.

Nos domínios físico e psicológico, a juíza 4 sugeriu a migração ou inserção do item 03 que versa sobre a vida sexual das pessoas idosas para o domínio social. Sua sugestão foi pautada no instrumento abreviado para avaliação da Qualidade de Vida (QV): WHOQOL-bref, pois a atividade sexual está contemplada no domínio “relações sociais” (FLECK *et al.*, 2000). Contudo, tal sugestão não foi acatada, pois como já mencionado na seção 2.3.3.2.3 *Tratamento e Análise dos Dados*, não era objetivo deste estudo alterar a estrutura do instrumento (quantidade de itens e modificação nos domínios).

Já no domínio cognitivo foi sugerido por uma juíza a inclusão de algum item que tratasse do declínio cognitivo nas pessoas idosas, sendo recomendada alguma questão que abordasse a memória. Mais uma vez, a sugestão não foi aceita, pois alteraria a estrutura do instrumento.

Tabela 6 – Avaliação da abrangência dos domínios da primeira rodada de validação de conteúdo do Questionário Palmore-Neri Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.0, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio	Porcentagem de Concordância	Resultado
Domínio Físico	100,00%	Adequado
Domínio Cognitivo	100,00%	Adequado
Domínio Psicológico	100,00%	Adequado
Domínio Social	100,00%	Adequado

Fonte: A autora (2022).

2.4.1.2.4 Avaliação das características do instrumento

Foram avaliados pelo IVC/Kappa Modificado, o instrumento de forma geral, o título, formato, instrução, escore dos domínios e escore total. Todas as características obtiveram adequação (TABELA 7).

Quanto ao título: Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice, uma juíza comentou sobre ser muito longo e sugeriu a retirada do termo “básicos”. Outra juíza, sugeriu a retirada da autoria do título. Também, a juíza 5 reforçou a importância de se manter o título como ele é. Contudo, o comitê avaliativo julgou importante a inserção de um acréscimo no título que permitisse a identificação e distinção da versão gerada por este presente estudo, ao qual é uma versão atualizada e revisada. Isto posto, o comitê avaliativo alterou o título para: Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022), que foi avaliado na segunda rodada de validação de conteúdo para obtenção da concordância dos juízes.

Para a instrução: Assinale uma alternativa em cada questão, foi sugerida a substituição da palavra “uma”, por “a melhor”, já que a juíza que fez a recomendação, salientou que pela instrução pode ser subentendido que todas as alternativas estão corretas. Ainda, após o exame de qualificação foi sugerida a alteração da instrução para “Assinale a alternativa correta em cada questão”, assim esta foi acatada e sua alteração foi avaliada na segunda rodada de avaliação da validade de conteúdo, mesmo apresentando adequação pela avaliação quantitativa, pois o comitê avaliativo julgou que este era um aspecto determinante para a boa compreensão do questionário pelos respondentes.

Tabela 7 – Avaliação das características do Questionário Palmore-Neri Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.0, primeira rodada de validação de conteúdo, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Característica	Atributo	I-IVC	k*	Resultado
Instrumento como um todo	Abrangência	1,00	1,00	Adequado
Título	Clareza	0,80	0,76	Adequado
Formato	Clareza	1,00	1,00	Adequado
Instrução	Clareza	0,80	0,76	Adequado
Escore dos domínios	Clareza	1,00	1,00	Adequado
Escore total	Clareza	1,00	1,00	Adequado

Fonte: A autora (2022).

Notas: I-IVC: Índice de Validade de Conteúdo a nível de item; k*: Kappa modificado.

2.4.1.2.5 Avaliação da validade de conteúdo a nível de escala

A validade de conteúdo a nível de escala foi avaliada para clareza e representatividade pelo S-IVC/Ave, que usa a média do I-IVC de cada item. O S-IVC/UA também foi calculado, apenas a título de comparação, mas não foi utilizado como critério de validade. O cálculo foi realizado após a avaliação dos itens pelo comitê de avaliação. Para clareza o S-IVC/Ave foi 0,86 e para representatividade foi 0,90. Desta forma, a validade de conteúdo a nível de escala foi insatisfatória para clareza e satisfatória para representatividade, considerando o ponto de corte de 0,90 (TABELA 8).

Tabela 8 – Avaliação da validade de conteúdo a nível de escala: S-IVC/Ave e S-IVC/UA pré-exclusão de itens, primeira rodada de validação de conteúdo, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Atributo	Índice	Valor	Classificação
Clareza	S-IVC/Ave	0,86	Insatisfatório
	S-IVC/UA	0,56	Insatisfatório *
Representatividade	S-IVC/Ave	0,90	Satisfatório
	S-IVC/UA	0,64	Insatisfatório *

Fonte: A autora (2022).

Notas: (*): Valor satisfatório para S-IVC/UA: 0,8 (POLIT; BECK; OWEN, 2007).

S-IVC/Ave: Índice de Validade de Conteúdo no nível de escala com base na média; S-IVC/UA: Índice de Validade de Conteúdo no nível de escala com base no acordo universal.

2.4.1.2.6 Obtenção do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.1

A fim de facilitar a identificação das diferentes versões produzidas no estudo, a versão obtida pela primeira rodada da validação de conteúdo denominou-se “Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.1”.

Decorridas as análises dos 25 itens que compõem o questionário, foram mantidos nesta primeira rodada, 11 itens (44,00%) e modificados 14 itens (56,00%).

O Quadro 5 apresenta a comparação dos itens pré e pós primeira rodada de validação de conteúdo.

Quadro 5 – Comparação dos itens pré e pós primeira rodada de validação de conteúdo pelos juízes especialistas, Alfenas, Minas Gerais, 2022

(continua)

Versão pré-validação de conteúdo (1º rodada)	Versão pós-validação de conteúdo (1º rodada)	Resultado
Título: Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice	Título: Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice - Atualizado e Revisado (2022)	Revisado
Instrução: Assinale uma alternativa em cada questão	Instrução: Assinale a alternativa correta em cada questão	Revisado
1. A proporção de pessoas acima de 60 anos que apresentam demência é: a) menor que 1% b) entre 2 e 30% * c) entre 40 e 70% d) maior que 80% Cognitivo	1. A proporção de pessoas acima de 60 anos que apresentam demência é: a) menor que 1% b) entre 2 e 30% * c) entre 40 e 70% d) maior que 80% Cognitivo	Mantido
2. Os sentidos que tendem ao enfraquecimento nos idosos são: a) a visão e a audição b) o paladar e o olfato c) a visão, a audição e o tato d) todos os sentidos*	2. Os sentidos que tendem a sofrer declínio nas pessoas idosas são: a) a visão e a audição b) o paladar e o olfato c) a visão, a audição e o tato d) todos os sentidos*	Revisado

Quadro 5 – Comparação dos itens pré e pós primeira rodada de validação de conteúdo pelos juízes especialistas, Alfenas, Minas Gerais, 2022

(continuação)

Versão pré-validação de conteúdo (1º rodada)	Versão pós-validação de conteúdo (1º rodada)	Resultado
Físico	Físico	
<p>3. A maioria dos casais acima de 65 anos:</p> <p>a) mantém o interesse por sexo, mas pode ocorrer baixa frequência de atividade sexual*</p> <p>b) não são capazes de ter relações sexuais</p> <p>c) mantém o interesse por sexo e tem alta frequência de atividade sexual</p> <p>d) perdem o interesse por sexo e tem alta frequência de atividade sexual</p> <p>Físico/ psicológico</p>	<p>3. No que diz respeito à vida sexual de pessoas a partir de 60 anos, a maioria:</p> <p>a) mantém o interesse por sexo, mas pode ocorrer baixa frequência de atividade sexual*</p> <p>b) não são capazes de ter relações sexuais</p> <p>c) mantém o interesse por sexo e tem alta frequência de atividade sexual</p> <p>d) perdem o interesse por sexo e tem alta frequência de atividade sexual</p> <p>Físico/ psicológico</p>	Revisado
<p>4. A capacidade pulmonar nos idosos saudáveis:</p> <p>a) tende a declinar *</p> <p>b) tende a manter-se</p> <p>c) tende a melhorar</p> <p>d) não tem relação com idade</p> <p>Físico</p>	<p>4. Considerando as alterações do processo natural do envelhecimento, a capacidade pulmonar nas pessoas idosas:</p> <p>a) tende a declinar *</p> <p>b) tende a manter-se</p> <p>c) tende a melhorar</p> <p>d) não tem relação com a idade</p> <p>Físico</p>	Mantido **
<p>5. A satisfação com a vida entre idosos:</p> <p>a) não existe</p>	<p>5. A satisfação com a vida entre as pessoas idosas:</p> <p>a) não existe</p>	Mantido **

Quadro 5 – Comparação dos itens pré e pós primeira rodada de validação de conteúdo pelos juízes especialistas, Alfenas, Minas Gerais, 2022

(continuação)

Versão pré-validação de conteúdo (1º rodada)	Versão pós-validação de conteúdo (1º rodada)	Resultado
b) tende a ser maior do que entre os jovens * c) tende a ser menor do que entre os jovens d) não tem relação com a idade Psicológico	b) tende a ser maior do que entre os jovens * c) tende a ser menor do que entre os jovens d) não tem relação com a idade Psicológico	
6. A força física em idosos saudáveis: a) tende a declinar com a idade * b) tende a permanecer a mesma c) tende a aumentar d) não tem relação com idade Físico	6. Considerando as alterações do processo natural do envelhecimento, a força física nas pessoas idosas: a) tende a declinar * b) tende a manter-se c) tende a aumentar d) não tem relação com idade Físico	Revisado
7. A proporção de brasileiros de mais de 65 anos que residem em Instituições de Longa Permanência (ILPI's) é: a) 1 para 100 * b) 10 para 100 c) 25 para 100 d) 50 para 100 Social	7. A proporção de brasileiros de mais de 60 anos que residem em Instituições de Longa Permanência (ILPI's) é: a) 1 para 100 * b) 10 para 100 c) 25 para 100 d) 50 para 100 Social	Mantido **
8. O número de acidentes envolvendo motoristas com mais de 65 anos, em comparação com os de 30 a 40 anos é:	8. O número de acidentes envolvendo motoristas com mais de 60 anos, em comparação com motoristas mais jovens é:	Revisado

Quadro 5 – Comparação dos itens pré e pós primeira rodada de validação de conteúdo pelos juízes especialistas, Alfenas, Minas Gerais, 2022

(continuação)

Versão pré-validação de conteúdo (1º rodada)	Versão pós-validação de conteúdo (1º rodada)	Resultado
a) maior b) o mesmo c) menor * d) desconhecido Físico	a) maior b) o mesmo c) menor * d) desconhecido Físico	
9. Em comparação com os trabalhadores de 25 a 35 anos, os de 50 a 60 anos apresentam: a) maior eficiência b) a mesma eficiência c) menor eficiência d) depende do tipo de trabalho * Físico/cognitivo	9. Em comparação com os trabalhadores de 25 a 35 anos, os de 50 a 60 anos apresentam: a) maior eficiência b) a mesma eficiência c) menor eficiência d) depende do tipo de trabalho * Físico/cognitivo	Mantido
10. A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que se mantêm ativas é: a) pequena b) média c) grande * d) não tem relação com a idade Psicológico/social/ físico	10. O conceito de envelhecimento ativo abrange participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo. Assim, considerando este conceito, a proporção de pessoas de 60 a 70 anos que se mantêm ativas, é: a) pequena b) média c) grande * d) não tem relação com a idade Psicológico/social/físico	Revisado

Quadro 5 – Comparação dos itens pré e pós primeira rodada de validação de conteúdo pelos juízes especialistas, Alfenas, Minas Gerais, 2022

(continuação)

Versão pré-validação de conteúdo (1º rodada)	Versão pós-validação de conteúdo (1º rodada)	Resultado
<p>11. A flexibilidade para adaptar-se a mudanças entre pessoas de 60 a 70 anos é:</p> <p>a) depende das circunstâncias enfrentadas ao longo da vida *</p> <p>b) tende a diminuir</p> <p>c) tende a aumentar</p> <p>d) não tem relação com a idade</p> <p>Psicológico</p>	<p>11. A flexibilidade para adaptar-se a mudanças entre pessoas idosas é:</p> <p>a) depende das circunstâncias enfrentadas ao longo da vida *</p> <p>b) tende a diminuir</p> <p>c) tende a manter-se</p> <p>d) tende a aumentar</p> <p>Psicológico</p>	Revisado
<p>12. Em comparação com os jovens, a capacidade de aprender de pessoas de 60 a 70 anos é:</p> <p>a) menor *</p> <p>b) igual</p> <p>c) maior</p> <p>d) não depende da idade</p> <p>Cognitivo</p>	<p>12. Em comparação com os jovens, a memória de pessoas de idosas:</p> <p>a) tende a declinar *</p> <p>b) tende a manter-se</p> <p>c) tende a aumentar</p> <p>d) não tem relação com a idade</p> <p>Cognitivo</p>	Revisado
<p>13. Em comparação com os jovens, os idosos têm a seguinte propensão à depressão:</p> <p>a) maior *</p> <p>b) menor</p> <p>c) igual</p> <p>d) não depende de idade</p> <p>Psicológico</p>	<p>13. Em comparação com os jovens, as pessoas idosas têm a seguinte propensão à depressão:</p> <p>a) maior *</p> <p>b) menor</p> <p>c) igual</p> <p>d) não tem relação com a idade</p> <p>Psicológico</p>	Mantido **
<p>14. Em comparação com os jovens, a velocidade de reação das pessoas de 60 a 70 anos é:</p>	<p>14. Em comparação com os jovens, a velocidade de reação, caracterizada como o intervalo de tempo entre o</p>	Mantido **

Quadro 5 – Comparação dos itens pré e pós primeira rodada de validação de conteúdo pelos juízes especialistas, Alfenas, Minas Gerais, 2022

(continuação)

Versão pré-validação de conteúdo (1º rodada)	Versão pós-validação de conteúdo (1º rodada)	Resultado
a) menor * b) igual c) maior d) não depende da idade Físico	início do estímulo e o começo da resposta voluntária, das pessoas de 60 a 70 anos é: a) menor * b) igual c) maior d) não tem relação com a idade Físico	
15. Em comparação com os jovens, os idosos: a) valorizam mais as amizades chegadas/próximas * b) buscam mais fazer novos amigos c) têm pouco interesse em amizades d) não depende de idade Psicológico/social	15. No que diz respeito às amizades, as pessoas idosas em comparação com os jovens: a) valorizam mais as amizades chegadas/próximas * b) buscam mais fazer novos amigos c) têm pouco interesse em amizades d) não tem relação com a idade Psicológico/social	Revisado
16. Em comparação com os jovens, os idosos são: a) mais emotivos b) menos emotivos c) igualmente emotivos d) não depende de idade * Psicológico	16. No que diz respeito às questões emocionais, as pessoas idosas em comparação com os jovens, são: a) mais emotivas b) menos emotivas c) igualmente emotivas d) não tem relação com a idade * Psicológico	Revisado
17. A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que vivem sozinhas no Brasil é:	17. A proporção de pessoas idosas que vivem sozinhas no Brasil é: a) menor que 25% *	Revisado

Quadro 5 – Comparação dos itens pré e pós primeira rodada de validação de conteúdo pelos juízes especialistas, Alfenas, Minas Gerais, 2022

(continuação)

Versão pré-validação de conteúdo (1º rodada)	Versão pós-validação de conteúdo (1º rodada)	Resultado
a) pequena * b) média c) grande d) não tem relação com a idade Social	b) próxima a 50% c) acima de 70% d) não tem relação com a idade Social	
18. A taxa de acidentes de trabalho entre os idosos em relação aos jovens, tende a ser: a) maior b) igual c) menor * d) depende do tipo de tarefa Físico	18. A taxa de acidentes de trabalho entre as pessoas idosas em relação aos jovens: a) tende a ser maior b) tende a ser igual c) tende a ser menor * d) não é conhecida, pois existem poucas pessoas idosas trabalhadoras Físico	Revisado
19. A porcentagem de brasileiros acima de 60 anos é cerca de: a) 7% b) 15%* c) 25% d) 30% Social	19. A porcentagem de brasileiros acima de 60 anos é cerca de: a) 7% b) 15%* c) 25% d) 30% Social	Mantido
20. No sistema público de saúde o tratamento dos idosos tem prioridade a) menor b) igual c) maior * d) não tem relação com a idade	20. No sistema público de saúde o atendimento das pessoas idosas tem prioridade a) menor b) igual c) maior * d) não tem relação com a idade	Mantido **

Quadro 5 – Comparação dos itens pré e pós primeira rodada de validação de conteúdo pelos juízes especialistas, Alfenas, Minas Gerais, 2022

(continuação)

Versão pré-validação de conteúdo (1º rodada)	Versão pós-validação de conteúdo (1º rodada)	Resultado
Social	Social	
<p>21. A maioria dos idosos brasileiros tem rendimento mensal de:</p> <p>a) até 2 salários mínimos *</p> <p>b) 2 a 3 salários mínimos</p> <p>c) 3 a 5 salários mínimos</p> <p>d) 5 a 10 salários mínimos</p> <p>Social</p>	<p>21. A maioria das pessoas idosas brasileiras tem rendimento mensal de:</p> <p>a) até 2 salários mínimos *</p> <p>b) 2 a 3 salários mínimos</p> <p>c) 3 a 5 salários mínimos</p> <p>d) 5 a 10 salários mínimos</p> <p>Social</p>	Mantido **
<p>22. A maioria dos idosos são:</p> <p>a) economicamente ativos</p> <p>b) socialmente produtivos e economicamente inativos *</p> <p>c) socialmente improdutivos</p> <p>d) socialmente improdutivos e economicamente inativos</p> <p>Social</p>	<p>22. No que diz respeito ao trabalho, a maioria das pessoas idosas:</p> <p>a) mantém vínculo empregatício formal</p> <p>b) estão trabalhando ou gostariam de estar trabalhando (incluindo trabalho doméstico ou voluntário) *</p> <p>c) estão fazendo trabalho voluntário</p> <p>d) não se interessam pelo trabalho</p> <p>Social</p>	Revisado
<p>23. A religiosidade tende a:</p> <p>a) crescer com a idade *</p> <p>b) diminuir com a idade</p> <p>c) manter-se com a idade</p> <p>d) não tem relação com a idade</p> <p>Psicológico</p>	<p>23. Em pessoas idosas, a crença religiosa e/ou espiritualidade:</p> <p>a) tende a aumentar com a idade *</p> <p>b) tende a diminuir com a idade</p> <p>c) tende a manter-se com a idade</p> <p>d) não tem relação com a idade</p> <p>Psicológico</p>	Revisado

Quadro 5 – Comparação dos itens pré e pós primeira rodada de validação de conteúdo pelos juízes especialistas, Alfenas, Minas Gerais, 2022

(conclusão)

Versão pré-validação de conteúdo (1º rodada)	Versão pós-validação de conteúdo (1º rodada)	Resultado
<p>24. Com a idade, a maioria dos idosos:</p> <p>a) torna-se mais emotiva</p> <p>b) torna-se menos emotiva</p> <p>c) torna-se emocionalmente mais seletiva *</p> <p>d) não muda</p> <p>Psicológico</p>	<p>24. No que diz respeito ao comportamento emocional, a maioria das pessoas idosas:</p> <p>a) busca relacionamentos que promovam <i>status</i> social e bem-estar emocional</p> <p>b) busca relacionamentos que promovam bem –estar social e emocional*</p> <p>c) busca relacionamentos que promovam popularidade e bem-estar emocional</p> <p>d) busca não se relacionar</p> <p>Psicológico</p>	Revisado
<p>25. Em comparação com as gerações passadas, as próximas gerações de idosos serão:</p> <p>a) mais escolarizadas *</p> <p>b) menos escolarizadas</p> <p>c) tão escolarizadas quanto</p> <p>d) não é possível prever</p> <p>Social</p>	<p>25. Em comparação com as gerações passadas, as próximas gerações de pessoas idosas serão:</p> <p>a) mais escolarizadas *</p> <p>b) menos escolarizadas</p> <p>c) tão escolarizadas quanto</p> <p>d) não é possível prever</p> <p>Social</p>	Mantido **

Fonte: A autora (2022).

Notas: (*): Resposta considerada correta.

(**): Item mantido com revisões.

2.4.1.3 Avaliação da Validade de conteúdo do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.1 – Segunda Rodada

2.4.1.3.1 Caracterização do membro do comitê de juízes especialistas

Como participaram desta etapa quatro dos cinco especialistas que atuaram na primeira rodada de avaliação da validade de conteúdo do instrumento, são apresentados a seguir, os dados de caracterização apenas do novo especialista contatado. Este, era do sexo feminino, com 37 anos de idade, formada em Enfermagem. O tempo de formação foi de 10 a 15 anos, sendo a maior titulação doutorado, com realização de Pós-Doutorado. Esta, atuava no estado de São Paulo.

Quanto à expertise em Geriatria/Gerontologia, a profissional não tinha o título de especialista pela SBGG, contudo o mestrado e doutorado foram realizados em outra área, mas com dissertação e tese relativas ao âmbito gerontológico. Possuía artigos científicos publicados na área, livros ou capítulos de livros escritos na área, participação em grupos de estudos ou pesquisa em geriatria/gerontologia, além de pesquisas realizadas dentro da temática. Também, tinha experiência docente em cursos de graduação em Gerontologia e em outros cursos, ministrando disciplinas da área e docência em cursos de Pós-Graduação, ministrando disciplinas de geriatria/gerontologia.

2.4.1.3.2 Avaliação da validade de conteúdo dos itens

Os 14 itens (02, 03, 06, 08, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 22, 23, 24), instrução e título revisados na rodada anterior, foram reavaliados quantitativamente pelo IVC/Kappa modificado (itens, instrução e título) e pelo RVC (itens) e, qualitativamente pelas sugestões e comentários. Assim, a Tabela 9 apresenta a descrição da avaliação quantitativa dos itens e suas classificações. O Apêndice Q, apresenta a relação dos comentários e sugestões.

Tabela 9 – Avaliação da Validade de Conteúdo dos itens do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 2.1, segunda rodada de validação de conteúdo, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Itens	Clareza		Representatividade		Parcial	Clareza	Representatividade	Parcial	Classificação
	I-IVC	<i>k</i> *	I-IVC	<i>k</i> *		RVC	RVC		
02	0,80	0,76	1,00	1,00	Manter	1,00	1,00	Manter	Manter
03	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter	1,00	1,00	Manter	Manter
06	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter	1,00	1,00	Manter	Manter
08	1,00	1,00	0,80	0,76	Manter	1,00	0,60	Revisar	Revisar
10	0,80	0,76	1,00	1,00	Manter	0,60	1,00	Revisar	Revisar
11	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter	1,00	1,00	Manter	Manter
12	0,80	0,76	0,80	0,76	Manter	0,60	0,60	Revisar	Revisar
15	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter	1,00	1,00	Manter	Manter
16	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter	1,00	1,00	Manter	Manter
17	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter	1,00	1,00	Manter	Manter
18	1,00	1,00	0,80	0,76	Manter	1,00	0,60	Revisar	Revisar
22	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter	1,00	1,00	Manter	Manter
23	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter	1,00	1,00	Manter	Manter
24	1,00	1,00	1,00	1,00	Manter	1,00	1,00	Manter	Manter

Fonte: A autora (2022).

Nota: I-IVC: Índice de Validade de Conteúdo no nível de item; *k* *: Kappa modificado; RVC: Razão de Validade de Conteúdo.

Os itens 02, 03 e 06 foram mantidos, não contando com comentários ou sugestões.

O item 08, mais uma vez não alcançou consenso entre as especialistas, já que para representatividade o RVC foi insatisfatório (RVC = 0,60). A juíza que classificou o item como pouco representativo (juíza 2), reforçou no espaço destinado aos comentários o mesmo que havia apontado na primeira rodada de validação, que não julgava o item adequado ao domínio físico e, mais uma vez, não registrou nenhuma informação que subsidiasse/ justificasse sua opinião.

O item 10 também não alcançou consenso entre os especialistas, já que para o atributo clareza, o RVC foi insuficiente (RVC = 0,60). Quanto aos comentários, a juíza 2 apontou alguns erros de pontuação, que foram acatados e salientou que os termos pequeno, médio e grande eram subjetivos, sugerindo a utilização de indicadores mais diretos. A juíza 5, sugeriu a inclusão do termo “educacionais” no enunciado, que também foi acatado pelo comitê avaliativo.

O item 11 por sua vez, foi mantido e não apresentou comentários e sugestões.

Já a avaliação do item 12 não foi consensual entre os especialistas, pois na avaliação quantitativa apresentou RVC inadequado para os dois atributos avaliados (RVC clareza = 0,60 e RVC representatividade = 0,60). Isso se deve ao apontamento da juíza 5 de que o item foi totalmente modificado do original, pois a memória não era a questão tratada no item e sim a capacidade de aprender. Além disso, a juíza 2 sugeriu a especificação da memória (recente/ imediata), pois argumentou que há tipos de memória que se mantém com o envelhecimento.

O item 15 obteve consenso entre os especialistas e foi, portanto, mantido. Apesar disto, ainda apresentou um comentário de que a opção d. “não tem relação com a idade” não se relacionava com o enunciado.

O item 16 foi mantido já que apresentou adequação em todos os atributos. O mesmo comentário do item anterior foi realizado.

O item 17 foi mantido e não apresentou comentários e sugestões.

O item 18 apresentou inadequação para representatividade (RVC = 0,60), cuja juíza 2 que classificara o item como pouco representativo, julgou que o mesmo não pertencia ao domínio físico, porém mais uma vez não apresentou sua opinião sobre o domínio que acreditava pertencer o item. Tal sugestão não foi aceita.

O item 22 foi mantido, mas apresentou um comentário da juíza 2 sugerindo manter as alternativas de tamanhos similares, pois alternativas maiores tendem a ser as corretas, e assim os respondentes poderiam marcar tais opções como as corretas, devido a este indício e, não por conhecimento. Essa sugestão não foi acatada, pois não fora apontada por nenhuma das outras juízas.

Por fim, os itens 23 e 24 apresentaram consenso entre os especialistas e não houve nenhum comentário ou sugestão.

Diante destes resultados, o comitê de avaliação se viu em um impasse, pois dos 14 itens reavaliados, apenas 4 (08, 10, 12 e 18) não obtiveram consenso, sendo que todos estes itens, com exceção de um deles (item 12) obtiveram uma classificação pela pontuação na escala do tipo Likert como pouco claro/pouco representativo pela mesma juíza. Desta forma, o comitê avaliativo considerou que uma terceira rodada de validação de conteúdo não seria a melhor estratégia a ser adotada, pois, a modificação destes itens, poderia resultar em uma falta de consenso pelos demais juízes. Assim, decidiu-se por encaminhar estes itens com as respectivas sugestões e comentários para a autora do instrumento traduzido para o português e adaptado e, realizou-se uma reunião por web conferência com a mesma para discussão e demais esclarecimentos. O desfecho desta etapa está relatado na seção 2.4.1.3.5.

2.4.1.3.3 Avaliação das características do instrumento (título e instrução)

O cálculo do IVC/Kappa modificado foi realizado para reavaliação do título e da instrução. Para o título, o IVC foi igual a 1,00, assim como o Kappa modificado, demonstrando perfeito consenso. Nenhum comentário ou sugestão foi realizado.

Quanto à instrução, esta também obteve IVC/Kappa modificado iguais a 1,00, demonstrando perfeito consenso, contudo, apresentara um comentário, pela juíza 2: “Talvez, assinale a melhor alternativa em cada questão. Há questões com mais de uma resposta correta na minha opinião”. Deste modo, a instrução também foi discutida com a autora na reunião online.

2.4.1.3.4 Avaliação da validade de conteúdo a nível de escala

A validade de conteúdo a nível de escala foi reavaliada para clareza e representatividade pelo S-IVC/Ave, que usa a média do I-IVC de cada item. O S-IVC/UA também foi recalculado, apenas a título de comparação, mas não foi utilizado como critério de validade. Para clareza o S-IVC/Ave foi 0,96 e para representatividade também obteve 0,96. Desta forma, a validade de conteúdo a nível de escala após a segunda rodada de avaliação da validade de conteúdo foi satisfatória de acordo com o ponto de corte de 0,90 (TABELA 10).

Tabela 10 – Avaliação da validade de conteúdo a nível de escala: S-IVC/Ave e S-IVC/UA, segunda rodada de validação de conteúdo, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Atributo	Índice	Valor	Classificação
Clareza	S-IVC/Ave	0,96	Satisfatório
	S-IVC/UA	0,79	Insatisfatório *
Representatividade	S-IVC/Ave	0,96	Satisfatório
	S-IVC/UA	0,79	Insatisfatório *

Fonte: A autora (2022).

Notas: (*): Valor satisfatório para S-IVC/UA: 0,8 (POLIT; BECK; OWEN, 2007).

S-IVC/Ave: Validade de Conteúdo no nível de escala com base na média; S-IVC/UA: Validade de Conteúdo no nível de escala com base no acordo universal.

2.4.1.3.5 Etapa coletiva: pesquisadoras e autora do instrumento traduzido para o português e adaptado

Em decorrência do exposto nos tópicos anteriores, uma reunião com a autora do instrumento foi realizada. Com duração de 90 minutos, cada um dos pontos foi discutido individualmente, como exposto a seguir.

O item 08, cujo ponto não consensual foi o domínio pertencente, a autora afirmou que primariamente os acidentes envolvendo motoristas idosos se dão mediante à dificuldade de mobilidade, mas que alterações cognitivas também podem estar envolvidas, como a dificuldade de planejamento e tomada de decisão frente a um acidente ou possibilidade de um acidente. Desta forma, o domínio permaneceu inalterado.

Já o item 10, que versa sobre o envelhecimento ativo, a autora sugeriu a alteração do enunciado, pois nele há a descrição de seu conceito e o mesmo passou por um refinamento desde que foi lançado pela OMS em 2005. Assim, de acordo com a referência indicada pela autora, publicada em 2015 pelo Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil): Envelhecimento Ativo: Um marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade, o envelhecimento ativo é baseado em 4 pilares: saúde, aprendizagem ao longo da vida, participação social e capacidade de estar fisicamente ativo (CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL, 2015).

Sobre opções de respostas mais diretas, o comitê avaliativo em discussão com a autora não possuía conhecimento de nenhuma publicação científica a nível nacional que trouxesse dados mais concretos de envelhecimento ativo considerando o conceito inicialmente cunhado pela OMS, assim, as alternativas permaneceram e o enunciado foi modificado: “O

envelhecimento ativo abrange quatro pilares: saúde, aprendizagem ao longo da vida, participação e segurança/proteção, e não somente a capacidade de estar fisicamente ativo. Assim, considerando estes pilares, a proporção de pessoas de 60 a 70 anos que se mantêm ativas é”.

Quanto ao item 12, em que a capacidade de aprender foi substituída pela memória, a autora salientou que realmente a capacidade de aprender está ligada a uma série de fatores, como metodologia utilizada, motivação intrínseca, recursos disponíveis, entre outros. Mas, reforçou que a memória não era o que o item abordava originalmente. Deste modo, orientou que a capacidade de aprender, fosse substituída por velocidade de processamento da informação, baseado no paradigma *Lifespan*.

Em relação ao item 18 (acidentes de trabalho em pessoas idosas em relação aos jovens) este seguiu as mesmas justificativas que a autora apresentou no item 08, portanto, o domínio permaneceu inalterado.

Por fim, quanto à instrução a autora orientou sua alteração para: “Assinale a alternativa que você considera correta em cada questão”.

O Quadro 6, apresenta a comparação dos itens e características que não alcançaram consenso e, portanto, foram definidas em discussão com a autora do instrumento traduzido para o português e adaptado.

Quadro 6 – Comparação dos itens e características do instrumento antes e depois da discussão com a autora, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continua)

Versão resultante da validação de conteúdo (2º rodada)	Versão resultante da discussão com a autora	Resultado
Instrução: Assinale uma alternativa em cada questão	Instrução: Assinale a alternativa que você considera correta em cada questão	Revisado

Quadro 6 – Comparação dos itens e características do instrumento antes e depois da discussão com a autora, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continuação)

Versão resultante da validação de conteúdo (2º rodada)	Versão resultante da discussão com a autora	Resultado
<p>8. O número de acidentes envolvendo motoristas com mais de 60 anos, em comparação com motoristas mais jovens é:</p> <p>a) maior b) o mesmo c) menor * d) desconhecido</p> <p>Físico</p>	<p>8. O número de acidentes envolvendo motoristas com mais de 60 anos, em comparação com motoristas mais jovens é:</p> <p>a) maior b) o mesmo c) menor * d) desconhecido</p> <p>Físico</p>	<p>Mantido</p>
<p>10. O conceito de envelhecimento ativo abrange participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo. Assim, considerando este conceito, a proporção de pessoas de 60 a 70 anos que se mantêm ativas, é:</p> <p>a) pequena b) média c) grande * d) não tem relação com a idade</p> <p>Psicológico/social/físico</p>	<p>10. O envelhecimento ativo abrange quatro pilares: saúde, aprendizagem ao longo da vida, participação e segurança/ proteção, e não somente a capacidade de estar fisicamente ativo. Assim, considerando estes pilares, a proporção de pessoas de 60 a 70 anos que se mantêm ativas é:</p> <p>a) pequena b) média c) grande * d) não tem relação com a idade</p> <p>Psicológico/social/físico</p>	<p>Revisado</p>
<p>12. Em comparação com os jovens, a memória de pessoas de idosas:</p> <p>a) tende a declinar * b) tende a manter-se c) tende a aumentar</p>	<p>12. Em comparação com os jovens, a velocidade de processamento da informação de pessoas de idosas:</p> <p>a) tende a declinar * b) tende a manter-se</p>	

Quadro 6 – Comparação dos itens e características do instrumento antes e depois da discussão com a autora, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

(conclusão)

Versão resultante da validação de conteúdo (2º rodada)	Versão resultante da discussão com a autora	Resultado
d) não tem relação com a idade Cognitivo	c) tende a aumentar d) não tem relação com a idade Cognitivo	Revisado
18. A taxa de acidentes de trabalho entre as pessoas idosas em relação aos jovens: a) tende a ser maior b) tende a ser igual c) tende a ser menor * d) não é conhecida, pois existem poucas pessoas idosas trabalhadoras Físico	18. A taxa de acidentes de trabalho entre as pessoas idosas em relação aos jovens: a) tende a ser maior b) tende a ser igual c) tende a ser menor * d) não é conhecida, pois existem poucas pessoas idosas trabalhadoras Físico	Mantido

Fonte: A autora (2022).

Nota: (*): Resposta considerada correta.

Depois disto, foi finalizada a etapa de avaliação da validade de conteúdo do instrumento, com a obtenção do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 3.0.

2.4.1.4 Etapa 3: Pré-Teste do Questionário Palmore-Etapa 2Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 3.0

O questionário foi aplicado a uma amostra do público-alvo, sendo, portanto, composta por gestores e profissionais de saúde atuantes na APS no estado de Minas Gerais. Esta etapa realizou-se durante o mês de julho de 2022.

2.4.1.4.1 Caracterização dos participantes

Participaram desta etapa 34 indivíduos. A Tabela 11 apresenta os dados da caracterização dos participantes, que são descritos a seguir.

A maioria dos profissionais e gestores era do sexo feminino (85,3%), com média de idade de 41,86 anos (DP = 9,68).

Em relação à proporção entre gestores e profissionais de saúde, 22 participantes eram profissionais de saúde, representando 64,71% da amostra, enquanto 12 eram gestores (35,29%).

Quanto à subamostra de gestores de saúde, 83,33% (n = 10) possuíam ensino superior completo. Dentre estes, a maior titulação de 60,00% (n = 6) era pós-graduação *lato sensu* concluída. A enfermagem foi a área de formação de 70,00% dos indivíduos (n = 7), seguido por 20,00% (n = 2) formados em odontologia e 10,00% (n = 1) formados em gestão em saúde. Ainda, 60,00% (n = 6) possuíam mais de 15 anos de formação, 60,00% (n = 6) não cursaram disciplinas da área gerontológica na graduação, apenas um gestor possuía pós-graduação em Gerontologia (10,00%) e 70,00% (n = 7) relataram vivência prática com pessoas idosas na graduação.

Quando questionados sobre a realização de cursos na área gerontológica durante a trajetória profissional, 50,00% (n = 6) relataram haver realizado. Toda a subamostra (100,00%) contava com experiência anterior ao cargo atual. Quanto ao cargo atual exercido na APS, 58,33% (n = 7) eram coordenadores da APS. Acerca do tempo de serviço na APS, 58,33% (n = 7) relataram atuar há mais de 15 anos. Também, acerca do local de atuação, 75,00% (n = 9) atuavam na Secretaria Municipal de Saúde e 50,00% (n = 6) vinculavam-se à eSF ou do NASF. Por fim, 83,33% (n = 10) reportaram convivência com pessoas idosas fora do ambiente de trabalho.

Agora, sobre a subamostra de profissionais de saúde, 45,45% eram nutricionistas (n = 10), 27,27% enfermeiros (n = 6) e o restante (27,27%) pertenciam a outras categorias profissionais. Destes, 50,00% (n = 11) possuíam Pós-Graduação *Lato Sensu* concluída. O tempo de formação de 50,00% da amostra (n = 11) era mais de 15 anos. Quanto a terem cursado disciplinas relativas à gerontologia na graduação, 59,10% (n = 13) relatou terem cursado, além de 72,27% (n = 16) terem relatado alguma convivência prática com pessoas idosas na graduação. Finalmente, apenas um profissional era Pós-Graduado em Gerontologia (4,55%).

Em relação à realização de cursos de capacitação em gerontologia durante a trajetória profissional, 77,27% (n = 17) não realizou nenhum curso. E, 59,1% (n = 13) tinha experiência anterior ao cargo atual que era exercido por todos os profissionais na área de formação acadêmica.

Acerca do tempo de atuação na APS, 54,55% (n = 12) atuavam há menos de 10 anos na APS. Em relação ao local de atuação, 95,45 % (n = 21), atuavam em UBS, sendo 45,45% (n = 10) vinculados à eSF, 31,82% (n = 7) vinculados à equipes do NASF e os demais (22,73%), vinculavam-se à outras modalidades de equipe, como equipes de Atenção Básica e equipe Multidisciplinar de Apoio.

Finalmente, 95,45% dos profissionais (n = 21) relataram convivência com pessoas idosas para além do ambiente de trabalho.

Tabela 11 – Caracterização sociodemográfica e acadêmico/profissional dos participantes do Pré-Teste do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continua)		
Variáveis de caracterização	n	%
Idade		
Média (DP)	41,86 (9,68)	-
Mediana (Mín./Máx.)	40,5 (24/60)	-
CV	23,12	-
Sexo		
Feminino	29	85,3
Masculino	5	14,7
Total	34	100,00
Categoria profissional		
Gestores	12	35,29
Profissionais de saúde	22	64,71
Total	34	100,00
Subamostra-Gestores		
Grau de escolaridade		
Ensino médio	2	16,67
Ensino superior	10	83,33
Total	12	100,00
Maior titulação		
Graduação	3	30,00
Especialização lato sensu	6	60,00
Doutorado	1	10,00

Tabela 11 – Caracterização sociodemográfica e acadêmico/profissional dos participantes do Pré-Teste do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Variáveis de caracterização	n	%
Total	10	100,00
Formação acadêmica		
Enfermagem	7	70,00
Odontologia	2	20,00
Gestão em Saúde	1	10,00
Total	10	100,00
Tempo de formação no Ensino Superior		
Menos de 15 anos	4	40,00
Mais de 15 anos	6	60,00
Total	10	100,00
Cursou disciplinas de Gerontologia na graduação		
Sim	4	40,00
Não	6	60,00
Pós-Graduação em Gerontologia		
Sim	1	10,00
Não	9	90,00
Total	10	100,00
Vivência com pessoas idosas na graduação		
Sim	7	70,00
Não	3	30,00
Total	10	100,00
Cursos na área gerontológica na trajetória profissional		
Sim	6	50,00
Não	6	50,00
Total	12	100,00
Experiência anterior ao cargo atual		
Sim	12	100,00
Cargo ocupado na APS atualmente		
Coordenador da APS	7	58,33

Tabela 11 – Caracterização sociodemográfica e acadêmico/profissional dos participantes do Pré-Teste do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continuação)		
Variáveis de caracterização	n	%
Outros	5	41,67
Total	12	100,00
Tempo de atuação na APS		
Menos que 15 anos	5	41,67
Mais que 15 anos	7	58,33
Total	12	100,00
Lotação		
Secretaria Municipal de Saúde	9	75,00
Outros	3	25,00
Total	12	100,00
Equipe de saúde a que se vincula		
NASF ou ESF	6	50,00
Nenhuma	6	50,00
Total	12	100,00
Convivência com pessoas idosas fora do trabalho		
Sim	10	83,33
Não	2	16,67
Total	12	100,00
Subamostra-Profissionais		
Maior titulação		
Graduação	10	45,45
Especialização lato sensu	11	50,00
Mestrado	1	4,55
Total	22	100,00
Formação acadêmica		
Enfermagem	6	27,27
Nutrição	10	45,45
Outros *	6	27,27
Total	22	100,00

Tabela 11 – Caracterização sociodemográfica e acadêmico/profissional dos participantes do Pré-Teste do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continuação)		
Variáveis de caracterização	n	%
Tempo de formação no Ensino Superior		
Menos de 15 anos	11	50,00
Mais de 15 anos	11	50,00
Total	22	100,00
Cursou disciplinas de Gerontologia na graduação		
Sim	13	59,10
Não	9	40,90
Total	22	100,00
Pós-Graduação em Gerontologia		
Sim	1	4,55
Não	21	95,45
Total	22	100,00
Vivência com pessoas idosas na graduação		
Sim	16	72,73
Não	6	27,27
Total	22	100,00
Cursos na área gerontológica na trajetória profissional		
Sim	5	22,73
Não	17	77,27
Total	22	100,00
Experiência anterior ao cargo atual		
Sim	13	59,10
Não	9	40,90
Total	22	100,00
Atua na APS na sua área de formação		
Sim	22	100,00

Tabela 11 – Caracterização sociodemográfica e acadêmico/profissional dos participantes do Pré-Teste do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Variáveis de caracterização	(conclusão)	
	n	%
Tempo de atuação na APS		
Menos que 10 anos	12	54,55
Mais que 10 anos	10	45,45
Total	22	100,00
Lotação		
Unidade Básica de Saúde	21	95,45
Outros	1	4,55
Total	22	100,00
Equipe de saúde a que se vincula		
NASF	7	31,82
ESF	10	45,45
Outros **	5	22,73
Total	22	100,00
Convivência com pessoas idosas fora do trabalho		
Sim	21	95,45
Não	1	4,55
Total	22	100,00

Fonte: A autora (2022).

Notas: (*): Educação Física, fisioterapia, odontologia, psicologia.

(**): Equipe de Atenção Básica (EAB), Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP).

n: tamanho da amostra; %: Porcentagem; DP: desvio-padrão; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo; CV: Coeficiente de variação; APS: Atenção Primária à Saúde; ESF: Estratégia de Saúde da Família; NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

2.4.1.4.2 Avaliação da Praticabilidade

Para a avaliação da praticabilidade do instrumento, os profissionais e gestores participantes foram questionados quanto à “Eu achei fácil entender” a instrução e as questões e “Eu achei fácil assinalar” as respostas.

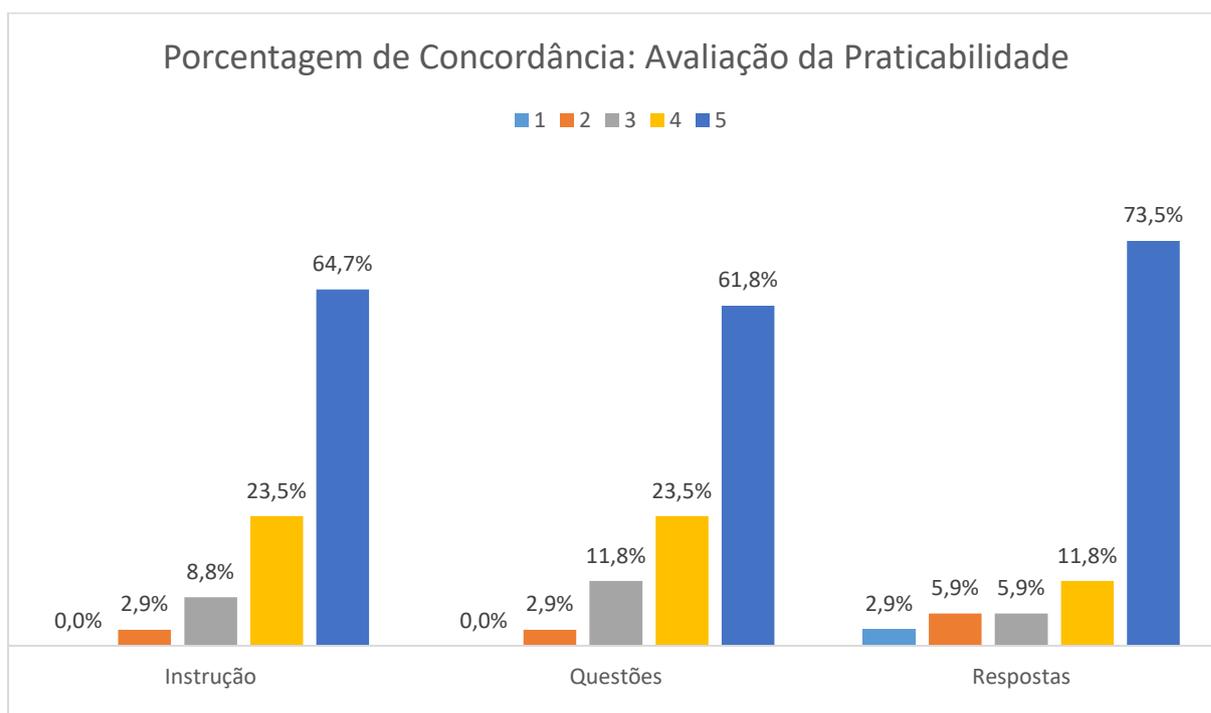
Quanto à instrução, a porcentagem de concordância foi de 88,20% quando somados os percentuais das pontuações 4 ou 5 da escala Likert. Já para as questões, a porcentagem de concordância alcançou 85,30%. Finalmente, a facilidade para assinalar as respostas obteve

percentual de 85,30%. Deste modo, todas as características avaliadas alcançaram adequação, demonstrando que a maioria dos respondentes não apresentou dificuldade para preencher o Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice. O Gráfico 3 apresenta o detalhamento das porcentagens atribuídas a cada característica avaliada.

Ainda, foi reservado um espaço para inserção de comentários e/ou sugestões acerca da facilidade de compreensão do instrumento, onde apenas um comentário foi realizado: “Achei o questionário muito fácil de entender e de responder”.

Diante disto, não foi necessária alteração no instrumento e a etapa de pré-teste foi finalizada.

Gráfico 3 – Avaliação da Praticabilidade do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Versão 3.0, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022



Fonte: A autora (2022).

Notas: 1: Discordo totalmente; 2: Discordo parcialmente; 3: Não tenho opinião; 4: Concordo parcialmente; 5: Concordo totalmente.

2.4.1.5 Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022)

Após os procedimentos metodológicos de atualização das respostas, avaliação da validade de conteúdo e pré-teste, foi possível obter a versão resultante deste presente estudo:

**Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice –
Atualizado e Revisado (2022):**

INSTRUÇÃO: Assinale a alternativa que você considera correta em cada questão.

1. A proporção de pessoas acima de 60 anos que apresentam demência é:

- a) menor que 1%
- b) entre 2 e 30% *
- c) entre 40 e 70%
- d) maior que 80%

Cognitivo

2. Os sentidos que tendem a sofrer declínio nas pessoas idosas são:

- a) somente a visão e a audição
- b) somente o paladar e o olfato
- c) somente a visão, a audição e o tato
- d) todos os sentidos*

Físico

3. No que diz respeito à vida sexual de pessoas a partir de 60 anos, a maioria:

- a) mantém o interesse por sexo, mas pode ocorrer baixa frequência de atividade sexual*
- b) não é capaz de ter relações sexuais
- c) mantém o interesse por sexo e tem alta frequência de atividade sexual
- d) perde o interesse por sexo e tem baixa frequência de atividade sexual

Físico/psicológico

4. Considerando as alterações do processo natural do envelhecimento, a capacidade pulmonar nas pessoas idosas:

- a) tende a declinar *
- b) tende a manter-se
- c) tende a melhorar
- d) não tem relação com a idade

Físico

5. A satisfação com a vida entre as pessoas idosas:

- a) não existe
- b) tende a ser maior do que entre os jovens *
- c) tende a ser menor do que entre os jovens
- d) não tem relação com a idade

Psicológico

6. Considerando as alterações do processo natural do envelhecimento, a força física nas pessoas idosas:

- a) tende a declinar *
- b) tende a manter-se
- c) tende a aumentar
- d) não tem relação com idade

Físico

7. A proporção de brasileiros com mais de 60 anos que residem em Instituições de Longa Permanência (ILPI's) é:

- a) 1 para 100 *
- b) 10 para 100
- c) 25 para 100
- d) 50 para 100

Social

8. O número de acidentes envolvendo motoristas com mais de 60 anos, em comparação com motoristas mais jovens é:

- a) maior
- b) o mesmo
- c) menor *
- d) desconhecido

Físico

9. Em comparação com os trabalhadores de 25 a 35 anos, os de 50 a 60 anos apresentam:

- a) maior eficiência

- b) a mesma eficiência
- c) menor eficiência
- d) depende do tipo de trabalho *

Físico/cognitivo

10. O envelhecimento ativo abrange quatro pilares: saúde; aprendizagem ao longo da vida; participação e segurança/proteção, e não somente a capacidade de estar fisicamente ativo. Assim, considerando estes pilares, a proporção de pessoas de 60 a 70 anos que se mantém ativas é:

- a) pequena
- b) média
- c) grande *
- d) não tem relação com a idade

Psicológico/social/físico

11. A flexibilidade para adaptar-se a mudanças entre pessoas idosas:

- a) depende das circunstâncias enfrentadas ao longo da vida *
- b) tende a diminuir
- c) tende a manter-se
- d) tende a aumentar

Psicológico

12. Em comparação com os jovens, a velocidade de processamento da informação de pessoas idosas:

- a) tende a declinar *
- b) tende a manter-se
- c) tende a aumentar
- d) não tem relação com a idade

Cognitivo

13. Em comparação com os jovens, as pessoas idosas têm a seguinte propensão à depressão:

- a) maior *
- b) menor

- c) igual
- d) não tem relação com a idade

Psicológico

14. Em comparação com os jovens, a velocidade de reação, caracterizada como o intervalo de tempo entre o início do estímulo e o começo da resposta voluntária, das pessoas de 60 a 70 anos é:

- a) menor *
- b) igual
- c) maior
- d) não tem relação com a idade

Físico

15. No que diz respeito às amizades, as pessoas idosas em comparação com os jovens:

- a) valorizam mais as amizades chegadas/próximas *
- b) buscam mais fazer novos amigos
- c) têm pouco interesse em amizades
- d) as amizades não têm relação com a idade

Psicológico/social

16. No que diz respeito às questões emocionais, as pessoas idosas em comparação com os jovens, são:

- a) mais emotivas
- b) menos emotivas
- c) igualmente emotivas
- d) as questões emocionais não têm relação com a idade *

Psicológico

17. A proporção de pessoas idosas que vivem sozinhas no Brasil é:

- a) menor que 25% *
- b) próxima a 50%
- c) acima de 70%
- d) não tem relação com a idade

Social

18. A taxa de acidentes de trabalho entre as pessoas idosas em relação aos jovens:

- a) tende a ser maior
- b) tende a ser igual
- c) tende a ser menor *
- d) não é conhecida, pois existem poucas pessoas idosas trabalhadoras

Físico

19. A porcentagem de brasileiros acima de 60 anos é cerca de:

- a) 7%
- b) 15%*
- c) 25%
- d) 30%

Social

20. No sistema público de saúde o atendimento das pessoas idosas tem prioridade:

- a) menor
- b) igual
- c) maior *
- d) não tem relação com a idade

Social

21. A maioria das pessoas idosas brasileiras tem rendimento mensal de:

- a) até 2 salários mínimos *
- b) 2 a 3 salários mínimos
- c) 3 a 5 salários mínimos
- d) 5 a 10 salários mínimos

Social

22. No que diz respeito ao trabalho, a maioria das pessoas idosas:

- a) mantém vínculo empregatício formal

b) está trabalhando ou gostaria de estar trabalhando (incluindo trabalho doméstico ou voluntário) *

c) está fazendo somente trabalho voluntário

d) não se interessa pelo trabalho

Social

23. Em pessoas idosas, a crença religiosa e/ ou espiritualidade:

a) tende a aumentar com a idade *

b) tende a diminuir com a idade

c) tende a manter-se com a idade

d) não tem relação com a idade

Psicológico

24. No que diz respeito ao comportamento emocional, a maioria das pessoas idosas:

a) busca relacionamentos que promovam status social e bem-estar emocional

b) busca relacionamentos que promovam bem-estar social e emocional*

c) busca relacionamentos que promovam popularidade e bem-estar emocional

d) busca não se relacionar

Psicológico

25. Em comparação com as gerações passadas, as próximas gerações de pessoas idosas serão:

a) mais escolarizadas *

b) menos escolarizadas

c) tão escolarizadas quanto

d) não é possível prever

Social

Observação: As alternativas sinalizadas por um asterisco correspondem à resposta considerada correta.

2.4.2 Estudo transversal

2.4.2.1 Caracterização da amostra

O formulário online de pesquisa obteve 127 respondentes, apesar disto apresentou 12 respostas inválidas (9,44%), que eram relativas à indivíduos que não se encaixavam nos critérios de inclusão. Desta maneira, a amostra final foi composta por 115 indivíduos. A Tabela 12 apresenta os resultados da caracterização sociodemográfica e acadêmico/ profissional dos participantes, conforme descritos a seguir:

Entre os 115 integrantes da pesquisa, a média de idade foi 38,06 anos (DP = 8,01), sendo a maioria do sexo feminino (83,50%). Sobre a escolaridade, a maior parte era Pós-Graduado (64,30%), seguido de graduados (33,00%) e ainda, 2,61% dos participantes tinham completado apenas o Ensino Médio.

Quanto à parte da amostra com ensino superior, as três áreas da saúde mais frequentes foram enfermagem com 55,36% (n = 62), nutrição com 17,86% (n = 20) e fisioterapia com 7,14% (n = 8), sendo a maior parte formados há mais de 10 anos (56,25%). Sobre o envolvimento com a Geriatria/Gerontologia na trajetória acadêmica 63,40% (n = 71) cursaram disciplinas da área durante a graduação; 77,68% (n = 87) tiveram alguma vivência prática com pessoas idosas na graduação e 91,96% (n = 103) não tinham Pós-Graduação na área gerontológica.

Durante a carreira profissional, realizaram cursos de capacitação/atualização sobre a pessoa idosa e o processo de envelhecimento, apenas 31,3% (n = 36) dos participantes.

Acerca dos dados profissionais, 60,00% (n = 69) possuíam experiência profissional anterior. O Apêndice R apresenta de forma qualitativa as ocupações antecedentes mencionadas pela amostra. Sobre o trabalho atual na atenção primária, 66,96% dos participantes atuavam como profissional de saúde e 33,04% como gestor de saúde. Quanto à região de Minas Gerais dos municípios em que os participantes exerciam suas funções na APS, a região sul/sudoeste foi a região com maior participação (44,30%). Ainda, 32,20% dos participantes relataram trabalhar na APS entre 1 e 5 anos. Sobre o cargo atual exercido na APS, 29,60% (n = 34) eram enfermeiros, seguidos de 16,50% (n = 19) nutricionistas, 13,00% (n = 15) coordenadores da APS, 7,80% (n = 9) gestores atuantes na Secretaria Municipal de Saúde e o restante (33,10%) atuavam em outros cargos. Também, 73,90% (n = 85) atuavam em UBS, sendo que a maioria estava vinculada à eSF (48,70%) ou equipes do NASF (24,30%).

Finalmente, 95,70% (n = 110) da amostra relatou ter convivência com pessoas idosas fora do ambiente de trabalho.

Tabela 12 – Caracterização da amostra de profissionais e gestores de saúde atuantes na Atenção Primária no estado de Minas Gerais, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continua)		
Variáveis de caracterização	n	%
Idade		
Média (DP)	38,06 (DP = 8,01)	-
Mediana	37,00	
(Mín.- Máx.)	(24-63)	
Sexo		
Feminino	96	83,50
Masculino	19	16,50
Total	115	100,00
Escolaridade		
Ensino Médio completo	03	2,61
Graduação	38	33,00
Pós-Graduação	74	64,30
Total	115	100,00
Formação acadêmica		
Enfermagem	62	55,36
Nutrição	20	17,86
Fisioterapia	08	7,14
Demais áreas da saúde *	18	16,07
Outras áreas	04	3,57
Total	112	100,00
Tempo de formação		
Menos de 10 anos	49	43,75
10 anos ou mais	63	56,25
Total	112	100,00
Cursou disciplinas de Geriatria/Gerontologia na graduação		
Sim	71	63,40
Não	41	36,60
Total	112	100,00
Vivência com pessoas idosas na Graduação		

Tabela 12 – Caracterização da amostra de profissionais e gestores de saúde atuantes na Atenção Primária no estado de Minas Gerais, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continuação)		
Variáveis de caracterização	n	%
Sim	87	77,68
Não	25	22,32
Total	112	100,00
Pós-Graduação em Geriatria/Gerontologia		
Sim	09	8,04
Não	103	91,96
Total	112	100,00
Cursos de capacitação/atualização sobre Geriatria/Gerontologia na trajetória profissional		
Sim	36	31,30
Não	79	68,70
Total	115	100,00
Experiência profissional anterior		
Sim	69	60,00
Não	46	40,00
Total	115	100,00
Atuação na APS		
Gestor	38	33,04
Profissional de saúde	77	66,96
Total	115	100,00
Região de Minas Gerais em que atua na APS		
Sul/ sudoeste	51	44,30
Metropolitana de Belo Horizonte	22	19,10
Oeste	20	17,40
Zona da Mata	10	8,70
Outras	12	10,40
Total	115	100,00
Tempo de atuação na APS		
Menos de 1 ano	11	9,60
1 a 5 anos	37	32,20

Tabela 12 – Caracterização da amostra de profissionais e gestores de saúde atuantes na Atenção Primária no estado de Minas Gerais, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022
(conclusão)

Variáveis de caracterização	n	%
5 a 10 anos	27	23,50
10 a 15 anos	21	18,30
Mais de 15 anos	19	16,50
Total	115	100,00
Cargo exercido na APS		
Enfermeiro	34	29,60
Nutricionista	19	16,50
Coordenador da Atenção Primária	15	13,00
Gestor na Secretaria Municipal de Saúde	9	7,80
Outros	38	33,10
Total	115	100,00
Lotação		
Unidade Básica de Saúde	85	73,90
Secretaria Municipal de Saúde	22	19,10
Outros	8	07,00
Total	115	100,00
Vínculo com equipe de saúde		
Equipe de Saúde da Família	56	48,70
Equipe do NASF	28	24,30
Nenhuma	19	16,50
Outros	12	10,50
Total	115	100,00
Convivência com pessoas idosas fora do ambiente de trabalho		
Sim	110	95,70
Não	05	4,30
Total	115	100,00

Fonte: A autora (2022).

Notas: (*) educação física, medicina, odontologia, psicologia e serviço social.

n: tamanho da amostra; %: Porcentagem; DP: desvio-padrão; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo; APS: Atenção Primária à Saúde; NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

Ao analisar as variáveis sociodemográficas e acadêmico/ profissionais da amostra de acordo com o sexo, observou-se maiores proporções de disciplinas relativas à geriatria/gerontologia ($p = 0,049$) e vivência prática com pessoas idosas na graduação ($p = 0,033$) para os indivíduos do sexo masculino. Ainda, as mulheres apresentaram maior proporção de convivência com pessoas idosas do que os homens ($p = 0,031$). Dados não demonstrados.

2.4.2.2 Atitudes em relação à Velhice dos profissionais e gestores de saúde atuantes na Atenção Primária em Minas Gerais

Inicialmente, avaliou-se a consistência interna da Escala Neri para a amostra estudada (gestores e profissionais de saúde) pelo *Alfa de Cronbach*, que foi de 0,91 para 30 itens, o que confere consistência interna muito elevada de acordo com Pasquali (1998).

A avaliação das atitudes em relação à velhice dos profissionais e gestores de saúde da atenção primária se deu pela Escala Neri. Ressalta-se que a avaliação é dada em termos de intensidade e direção, onde as pontuações <3 significam atitudes positivas, pontuações ≥ 3 e <4 significam atitudes neutras, pontuações ≥ 4 implicam atitudes negativas, sendo que quanto mais próximas de 1, mais positivas e quanto mais próximas de 5, mais negativas são as atitudes.

Deste modo, o escore total médio da escala foi de 2,81 pontos (DP = 0,48), o que revela que os profissionais e gestores da APS apresentaram atitudes positivas em relação à velhice. Quando comparados os domínios fatoriais, observou-se que o domínio Relacionamento Social foi o que obteve menor média (2,43; DP = 0,60), ou seja, este foi o domínio avaliado mais positivamente e o domínio com maior média foi o domínio Agência, com 2,98 pontos (DP = 0,56), o que demonstra que apesar de significar atitudes positivas, este foi o domínio avaliado mais negativamente (TABELA 13).

Portanto, quando observadas as demais medidas de dispersão como a mediana, desvio-padrão e valor máximo, pôde-se perceber que apesar das pontuações médias do escore total e domínios terem sido equivalentes à atitudes positivas, notou-se uma tendência destas atitudes à neutralidade.

O Coeficiente de Variação (CV) da pontuação do escore total e dos domínios evidenciou que os dados são razoavelmente homogêneos, pois os CV foram menores que 25,00% (RODRIGUES *et al.*, 2008).

Tabela 13 – Estatística descritiva por domínio da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice para profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio/Escore total	n	Média	Mediana	Desvio Padrão	CV	Mín.	Máx.
Cognição	115	2,91	3,00	0,52	17,87	1,00	4,40
Agência	115	2,98	3,00	0,56	18,79	1,00	4,33
Relacionamento Social	115	2,43	2,57	0,60	24,69	1,00	3,71
Persona	115	2,90	3,00	0,59	20,34	1,00	4,14
Escore total	115	2,81	2,90	0,48	17,08	1,13	3,90

Fonte: A autora (2022).

Nota: n: tamanho amostral; CV: Coeficiente de variação; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo.

A Tabela 14 apresenta a distribuição das pontuações por itens obtidas na escala segundo os domínios fatoriais pertencentes. Verifica-se que o item que foi avaliado mais positivamente foi o item 2 (O idoso é construtivo-destrutivo), com pontuação média de 1,80 (DP = 1,00) em que os profissionais e gestores de saúde consideraram que as pessoas idosas são construtivas. Este item pertence ao domínio Relacionamento Social, que foi o domínio cujas atitudes foram mais positivas, conforme descrito anteriormente. Já o item com maior pontuação foi o 26 (O idoso é rápido-lento), com pontuação média de 3,53 (DP = 0,87), pertencente ao domínio Cognição, que demonstra que a amostra estudada apresenta atitude neutra em relação à rapidez/lentidão da pessoa idosa.

Tabela 14 – Distribuição das pontuações por itens, segundo os domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, MG, Brasil, 2022

(continua)							
Itens e domínios-Escala Neri	n	Média	Mediana	DP	CV	Mín.	Máx.
Cognição							
1. Sábio/Tolo	115	1,83	1	1,16	63,34	1	5
21. Claro/Confuso*	115	3,09	3	0,80	25,25	1	5
23. Preciso/Impreciso*	115	2,70	3	0,86	31,73	1	5
24. Seguro/Inseguro*	115	2,83	3	0,97	34,31	1	5
25. Concentrado/Distraído	115	2,96	3	0,95	32,12	1	5
26. Rápido/Lento*	115	3,53	3	0,87	24,69	1	5
27. Flexível/Rígido	115	3,27	3	0,94	28,74	1	5

Tabela 14 – Distribuição das pontuações por itens, segundo os domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, MG, Brasil, 2022

							(conclusão)	
Itens e domínios-Escala Neri	n	Média	Mediana	DP	CV	Mín.	Máx.	
28. Criativo/Convencional	115	3,28	3	0,98	29,84	1	5	
29. Persistente/Inconstante	115	2,54	3	0,90	35,49	1	5	
30. Alerta/Embotado*	115	3,03	3	0,78	25,69	1	5	
Agência								
6. Entusiasmado/Deprimido*	115	3,25	3	0,92	28,17	1	5	
11. Saudável/Doentio*	115	3,03	3	0,86	28,26	1	5	
13. Ativo/Passivo	115	2,93	3	0,90	30,56	1	5	
16. Esperançoso/Desesperado	115	2,54	3	0,96	37,72	1	5	
18. Independente/Dependente*	115	3,33	3	0,85	25,38	1	5	
19. Produtivo/Improdutivo	115	2,77	3	0,77	27,87	1	5	
Relacionamento Social								
2. Construtivo/Destrutivo*	115	1,80	1	1,00	55,65	1	5	
3. Bem/Mal-humorado	115	2,77	3	1,03	37,01	1	5	
5. Confiante/Desconfiado*	115	3,10	3	1,07	34,49	1	5	
12. Cordial/Hostil	115	2,10	2	0,95	45,11	1	4	
15. Interessado/Desinteressado	115	2,14	2	0,97	45,45	1	5	
pelas pessoas*								
17. Generoso/Mesquinho*	115	2,12	2	0,94	44,21	1	5	
22. Condescendente/Crítico	115	3,00	3	0,89	29,62	1	5	
Persona								
4. Aceito/Rejeitado*	115	3,14	3	1,12	35,53	1	5	
7. Integrado/Isolado*	115	3,32	3	0,89	26,91	1	5	
8. Atualizado/Ultrapassado*	115	2,99	3	0,85	28,52	1	5	
9. Valorizado/Desvalorizado	115	3,29	3	1,11	33,66	1	5	
10. Agradável/Desagradável	115	2,04	2	0,93	45,55	1	4	
14. Sociável/Introvertido	115	2,48	3	0,92	37,16	1	5	
20. Progressista/Retrógrado	115	3,02	3	0,79	26,33	1	5	

Fonte: A autora (2022).

Notas: (*): Itens que foram invertidos na aplicação do instrumento.

n: tamanho amostral; CV: Coeficiente de variação; DP: Desvio padrão; Mín.: Mínimo/ Máx.: Máximo.

Após as análises descritivas, realizou-se a comparação dos escores total e por domínios fatoriais obtidos na Escala Neri com as variáveis sociodemográficas e acadêmico/ profissionais.

Entre as variáveis sociodemográficas, comparou-se os escores da Escala Neri com o sexo biológico, a idade e a convivência com pessoas idosas fora do ambiente de trabalho.

Desta forma, quando comparados os escores da Escala Neri segundo a variável sexo, observou-se que não houve diferença significativa nas pontuações da Escala Neri entre os sexos (TABELA 15).

Tabela 15 – Escores por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice segundo a variável sexo, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio/Sexo	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
Cognição									
Masculino	19	2,83	2,90	0,67	2,51	3,15	1,00	3,90	0,546 ^a
Feminino	96	2,92	3,00	0,49	2,82	3,02	1,40	4,40	
Agência									
Masculino	19	2,98	3,00	0,72	2,64	3,33	1,67	4,33	0,973 ^b
Feminino	96	2,97	3,00	0,52	2,87	3,08	1,00	4,33	
Relacionamento Social									
Masculino	19	2,30	2,29	0,52	2,05	2,55	1,00	3,14	0,292 ^b
Feminino	96	2,46	2,57	0,61	2,34	2,58	1,00	3,71	
Persona									
Masculino	19	2,83	3,00	0,65	2,52	3,15	1,00	3,71	0,832 ^a
Feminino	96	2,91	3,00	0,58	2,79	3,03	1,00	4,14	
Escore Total									
Masculino	19	2,74	2,80	0,58	2,46	3,02	1,13	3,70	0,495 ^b
Feminino	96	2,82	2,90	0,46	2,73	2,92	1,23	3,90	

Fonte: A Autora (2022).

Notas: n = tamanho amostral; p = p- valor; DP= Desvio Padrão; IC= Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.= Mínimo/ Máx.= Máximo.

(^a)= Valor referente ao Teste de *Man-Whitney* para comparação do escore médio dos domínios fatoriais Cognição e Persona.

(^b)= Valor referente ao Teste *t de Student* para comparação do escore médio total e do escore médio dos domínios fatoriais Relacionamento Social e Agência.

Para comparar os escores da Escala Neri considerando a variável idade, categorizou-se a amostra em dois grupos, sendo o primeiro constituído por aqueles com até 39 anos e o segundo grupo, por indivíduos que possuíam 40 anos ou mais de idade. Assim, pode-se observar, de acordo com a Tabela 16 que os escores da Escala Neri obtidos pelos participantes que tinham 40 anos ou mais, não se diferiram daqueles que tinham até 39 anos.

Tabela 16 – Escores por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, segundo a variável idade, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio/Idade	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
Cognição									
≤39 anos	70	2,91	3,00	0,47	2,79	3,02	1,40	4,40	0,908 ^a
≥40 anos	45	2,90	2,90	0,60	2,72	3,08	1,00	4,40	
Agência									
≤39 anos	70	2,94	3,00	0,54	2,81	3,07	1,00	4,00	0,329 ^b
≥40 anos	45	3,04	3,00	0,57	2,87	3,21	1,67	4,33	
Relacionamento Social									
≤39 anos	70	2,44	2,57	0,53	2,32	2,57	1,00	3,43	0,808 ^b
≥40 anos	45	2,42	2,43	0,69	2,21	2,62	1,00	3,71	
Persona									
≤39 anos	70	2,87	3,00	0,57	2,73	3,01	1,00	4,00	0,431 ^a
≥40 anos	45	2,94	3,00	0,62	2,75	3,12	1,00	4,14	
Escore Total									
≤39 anos	70	2,80	2,90	0,45	2,69	2,91	1,23	3,60	0,779 ^b
≥40 anos	45	2,82	2,87	0,53	2,66	2,98	1,13	3,90	

Fonte: A Autora (2022).

Notas: n: tamanho amostral; p: p- valor; DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo.

(^a): Valor referente ao Teste de *Man-Whitney* para comparação do escore médio dos domínios fatoriais Cognição e Persona.

(^b): Valor referente ao Teste *t de Student* para comparação do escore médio total e do escore médio dos domínios fatoriais Relacionamento Social e Agência.

Também, os escores da Escala Neri foram avaliados, considerando a variável convivência com pessoas idosas fora do ambiente de trabalho, em que pôde-se observar que os indivíduos que convivem com pessoas idosas fora do ambiente de trabalho pontuaram, mais

positivamente do que aqueles que não convivem com pessoas idosas, para o domínio fatorial Cognição ($p = 0,016$). Nota-se que os indivíduos que relataram conviver com pessoas idosas apresentaram escores para o domínio Cognição equivalentes a atitudes positivas (Md = 2,90; Mín. = 1,00 - Máx. = 4,40) e os que não convivem, apresentaram escores para o mesmo domínio, compatíveis a atitudes neutras (Md = 3,40; Mín. = 2,90 - Máx. = 3,70) (TABELA 17). Este resultado, portanto, demonstra que para a amostra estudada, os indivíduos que relataram conviver com pessoas idosas tiveram atitudes mais positivas para o domínio Cognição, do que aqueles que não conviviam com pessoas idosas.

Tabela 17 – Escores por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, segundo a variável convivência com pessoas idosas fora do ambiente de trabalho, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio/ Convivência com pessoas idosas	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
Cognição									
Sim	110	2,88	2,90	0,52	2,79	2,98	1,00	4,40	0,016^a
Não	5	3,38	3,40	0,31	2,99	3,77	2,90	3,70	
Agência									
Sim	110	2,96	3,00	0,56	2,86	3,07	1,00	4,33	0,238^b
Não	5	3,26	3,33	0,25	2,95	3,58	2,83	3,50	
Relacionamento Social									
Sim	110	2,43	2,57	0,61	2,32	2,55	1,00	3,71	0,841^b
Não	5	2,49	2,29	0,40	1,99	2,98	2,14	3,14	
Persona									
Sim	110	2,89	3,00	0,59	2,77	3,00	1,00	4,14	0,499^a
Não	5	3,14	3,00	0,50	2,52	3,76	2,71	3,86	
Escore Total									
Sim	110	2,79	2,90	0,49	2,70	2,89	1,13	3,90	0,176^b
Não	5	3,09	3,13	0,33	2,69	3,50	2,70	3,57	

Fonte: A Autora (2022).

Notas: n: tamanho amostral; p: p- valor; DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo.

(^a): Valor referente ao Teste de *Man-Whitney* para comparação do escore médio dos domínios fatoriais Cognição e Persona.

(^b): Valor referente ao Teste *t de Student* para comparação do escore médio total e do escore médio dos domínios fatoriais Relacionamento Social e Agência.

Quanto às variáveis acadêmicas, foram analisadas: ter tido vivência prática com pessoas idosas na graduação, ter cursado disciplinas relativas à Geriatria/ Gerontologia na graduação, tempo de formação e possuir Pós-Graduação em Geriatria/ Gerontologia.

Assim, quanto aos escores da Escala Neri considerada a variável vivência prática com pessoas idosas na graduação, não houve diferença entre os grupos. Este resultado pode ser observado na Tabela 18.

Tabela 18 – Escores por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, segundo a variável vivência prática com pessoas idosas na graduação, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio/Vivência com pessoas idosas grad.	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
Cognição									
Sim	87	2,94	3,00	0,51	2,84	3,05	1,00	4,40	0,242 ^a
Não	25	2,78	2,90	0,54	2,56	3,00	1,40	3,70	
Agência									
Sim	87	3,01	3,00	0,47	2,91	3,11	1,67	4,33	0,515 ^b
Não	25	2,91	3,00	0,76	2,59	3,22	1,00	4,33	
Relacionamento Social									
Sim	87	2,44	2,57	0,59	2,32	2,57	1,00	3,71	0,940 ^b
Não	25	2,43	2,29	0,65	2,17	2,70	1,00	3,71	
Persona									
Sim	87	2,90	3,00	0,54	2,78	3,02	1,00	4,00	0,789 ^a
Não	25	2,90	3,00	0,73	2,59	3,20	1,00	4,14	
Escore Total									
Sim	87	2,83	2,93	0,45	2,74	2,93	1,13	3,87	0,474 ^b
Não	25	2,75	2,87	0,59	2,51	3,00	1,23	3,90	

Fonte: A Autora (2022).

Notas: n: tamanho amostral; p: p- valor; DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo; Vivência com pessoas idosas grad.: Vivência prática com pessoas idosas na graduação.

(^a): Valor referente ao Teste de *Man-Whitney* para comparação do escore médio dos domínios fatoriais Cognição e Persona.

(^b): Valor referente ao Teste *t de Student* para comparação do escore médio total e do escore médio dos domínios fatoriais Relacionamento Social e Agência.

Já, quando comparados os escores da Escala Neri considerando a variável Disciplina de Geriatria/ Gerontologia na graduação, os participantes que cursaram alguma disciplina relativa à área gerontológica durante a formação acadêmica não se diferiram significativamente daqueles que não cursaram nenhuma disciplina afim, tanto quando avaliados a pontuação no Escore Total, quanto quando avaliadas as pontuações por domínios do instrumento (TABELA 19).

Tabela 19 – Escores por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, segundo a variável Disciplina de Geriatria/ Gerontologia, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio/ Disciplina	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
Cognição									
Sim	71	2,93	3,00	0,48	2,82	3,04	1,40	4,40	0,705 ^a
Não	41	2,87	2,90	0,58	2,69	3,05	1,00	4,40	
Agência									
Sim	71	2,98	3,00	0,53	2,86	3,11	1,00	4,33	0,910 ^b
Não	41	3,00	3,00	0,60	2,81	3,18	1,17	4,33	
Relacionamento Social									
Sim	71	2,39	2,43	0,55	2,26	2,52	1,14	3,43	0,192 ^b
Não	41	2,54	2,71	0,67	2,33	2,75	1,00	3,71	
Persona									
Sim	71	2,89	3,00	0,55	2,76	3,02	1,14	3,86	0,764 ^a
Não	41	2,92	3,00	0,66	2,71	3,12	1,00	4,14	
Escore Total									
Sim	71	2,80	2,90	0,44	2,70	2,91	1,23	3,70	0,788 ^b
Não	41	2,83	2,90	0,58	2,65	3,01	1,13	3,90	

Fonte: A Autora (2022).

Notas: n: tamanho amostral; p: p- valor; DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo.

(^a): Valor referente ao Teste de *Man-Whitney* para comparação do escore médio dos domínios fatoriais Cognição e Persona.

(^b): Valor referente ao Teste *t de Student* para comparação do escore médio total e do escore médio dos domínios fatoriais Relacionamento Social e Agência.

Também, quando analisados os escores da Escala Neri, considerando o tempo de formação na graduação, as categorias de tempo analisadas não se diferiram (TABELA 20).

Tabela 20 – Escores por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, segundo a variável tempo de formação, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022.

Domínio/ tempo de formação	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
Cognição									
<10 anos	49	2,93	3,00	0,48	2,80	3,07	1,40	4,40	0,693 ^a
≥10 anos	63	2,89	2,90	0,55	2,75	3,03	1,00	4,40	
Agência									
<10 anos	49	2,30	3,00	0,50	2,85	3,14	1,00	4,00	0,886 ^b
≥10 anos	63	2,98	3,00	0,59	2,83	3,13	1,17	4,33	
Relacionamento Social									
<10 anos	49	2,45	2,57	0,52	2,30	2,61	1,29	3,29	0,849 ^b
≥10 anos	63	2,43	2,57	0,65	2,27	2,60	1,00	3,71	
Persona									
<10 anos	49	2,95	3,00	0,54	2,80	3,11	1,14	4,00	0,381 ^a
≥10 anos	63	2,86	3,00	0,62	2,86	2,70	1,00	4,14	
Escore Total									
<10 anos	49	2,84	2,93	0,42	2,72	2,96	3,60	2,37	0,625 ^b
≥10 anos	63	2,79	2,90	0,53	2,66	2,93	1,13	3,90	

Fonte: A Autora (2022).

Notas: n: tamanho amostral; p: p- valor; DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo.

(^a): Valor referente ao Teste de *Man-Whitney* para comparação do escore médio dos domínios fatoriais Cognição e Persona.

(^b): Valor referente ao Teste *t de Student* para comparação do escore médio total e do escore médio dos domínios fatoriais Relacionamento Social e Agência.

Por fim, a Tabela 21 apresenta os resultados da comparação dos escores da Escala Neri considerada a variável Pós-Graduação em Geriatria/ Gerontologia, em que não houve diferença

significativa nas pontuações entre os participantes que eram Pós-Graduados em Geriatria/ Gerontologia e aqueles que não eram.

Tabela 21 – Escores por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, segundo a variável Pós-Graduação em Geriatria/ Gerontologia, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio/ Pós- Graduação	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
Cognição									
Sim	9	2,87	3,00	0,30	2,64	3,10	2,40	3,30	0,711 ^a
Não	103	2,91	3,00	0,53	2,81	3,02	1,00	4,40	
Agência									
Sim	9	2,96	3,00	0,35	2,69	3,23	2,50	3,50	0,889 ^b
Não	103	2,99	3,00	0,57	2,88	3,10	1,00	4,33	
Relacionamento Social									
Sim	9	2,76	2,86	0,49	2,38	3,14	1,86	3,71	0,095 ^b
Não	103	2,42	2,43	0,60	2,30	2,53	1,00	3,71	
Persona									
Sim	9	2,95	3,00	0,55	2,53	3,38	2,14	4,00	0,914 ^a
Não	103	2,89	3,00	0,59	2,78	3,01	1,00	4,14	
Escore Total									
Sim	9	2,88	2,90	0,34	2,62	3,14	2,30	3,37	0,658 ^b
Não	103	2,81	2,90	0,49	2,71	2,90	1,13	3,90	

Fonte: A Autora (2022).

Notas: n: tamanho amostral; p: p- valor; DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo.

(^a): Valor referente ao Teste de *Man-Whitney* para comparação do escore médio dos domínios fatoriais Cognição e Persona.

(^b): Valor referente ao Teste *t de Student* para comparação do escore médio total e do escore médio dos domínios fatoriais Relacionamento Social e Agência.

Em relação às variáveis profissionais, analisou-se os Escores da Escala Neri considerando, ter experiência profissional anterior, categoria profissional, cargo atual e tempo de atuação na APS.

Assim, a experiência profissional anterior não apresentou diferença significativa, em que aqueles que relataram ter tido experiência profissional anterior ao cargo atual não

pontuaram de forma diferente daqueles indivíduos que não possuíam experiência profissional anterior. Este resultado pode ser observado na Tabela 22.

Tabela 22 – Escores por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, segundo a variável experiência profissional anterior ao cargo atual, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio/ Exp. Anterior	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
Cognição									
Sim	69	2,91	3,00	0,49	2,79	3,03	1,40	4,40	0,963 ^a
Não	46	2,89	2,95	0,56	2,73	3,06	1,00	4,40	
Agência									
Sim	69	3,01	3,00	0,53	2,88	3,14	1,00	4,33	0,439 ^b
Não	46	2,97	3,00	0,59	2,75	3,10	1,17	4,33	
Relacionamento Social									
Sim	69	2,42	2,57	0,56	2,29	2,56	1,14	3,71	0,842 ^b
Não	46	2,45	2,57	0,65	2,25	2,64	1,00	3,71	
Persona									
Sim	69	2,93	3,00	0,55	2,80	3,06	1,14	4,00	0,412 ^a
Não	46	2,84	3,00	0,56	2,65	3,04	1,00	4,14	
Escore Total									
Sim	69	2,82	2,90	0,43	2,72	2,93	1,23	3,70	0,676 ^b
Não	46	2,78	2,87	0,55	2,62	2,95	1,13	3,90	

Fonte: A Autora (2022).

Notas: n: tamanho amostral; p: p- valor; DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.: Mínimo/ Máx.: Máximo, Exp. Anterior: Experiência anterior.

(^a): Valor referente ao Teste de *Man-Whitney* para comparação do escore médio dos domínios fatoriais Cognição e Persona.

(^b): Valor referente ao Teste *t de Student* para comparação do escore médio total e do escore médio dos domínios fatoriais Relacionamento Social e Agência.

Quanto à categoria profissional, na Tabela 23, comparamos os indivíduos que atuavam como gestores com os indivíduos que atuavam como profissionais de saúde e verificou-se que os grupos não se diferiram.

Tabela 23 – Escores por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, segundo a variável categoria profissional, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio/ Categoria	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
Cognição									
Gestor	38	2,91	2,90	0,47	2,76	3,07	1,80	3,90	0,976 ^a
Profissional	77	2,90	3,00	0,54	2,78	3,02	1,00	4,40	
Agência									
Gestor	38	2,99	3,00	0,52	2,82	3,16	1,17	4,00	0,847 ^b
Profissional	77	2,97	3,00	0,58	2,84	3,10	1,00	4,33	
Relacionamento Social									
Gestor	38	2,44	2,57	0,48	2,29	2,60	1,00	3,29	0,894 ^b
Profissional	77	2,43	2,43	0,65	2,28	2,58	1,00	3,71	
Persona									
Gestor	38	2,90	3,00	0,55	2,72	3,08	1,00	3,86	0,872 ^a
Profissional	77	2,90	3,00	0,61	2,76	3,03	1,00	4,14	
Escore Total									
Gestor	38	2,82	2,85	0,41	2,68	2,95	1,30	3,50	0,878 ^b
Profissional	77	2,80	2,90	0,52	2,69	2,92	1,13	3,90	

Fonte: A Autora (2022).

Notas: n: tamanho amostral; p: p-valor; DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo.

(^a): Valor referente ao Teste de *Man-Whitney* para comparação do escore médio dos domínios fatoriais Cognição e Persona.

(^b): Valor referente ao Teste *t de Student* para comparação do escore médio total e do escore médio dos domínios fatoriais Relacionamento Social e Agência.

Para que fossem comparados os escores da Escala Neri com o cargo atual, categorizou-se em três grupos: enfermeiro, outros cargos profissionais e gestores, e não foi encontrada diferença significativa entre os cargos para os escores da Escala Neri (total e domínios), apesar dos enfermeiros apresentarem ligeira tendência a atitudes mais positivas para o domínio Persona (TABELA 24).

Tabela 24 – Escores por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, segundo a variável cargo atual, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio/ cargo atual	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
Cognição									
Enfermeiro	34	2,90	3,00	0,58	2,70	3,10	1,00	4,40	0,883 ^a
Outros	43	2,90	2,90	0,52	2,74	3,06	1,90	4,40	
Gestor	38	2,92	2,90	0,47	2,76	3,07	1,80	3,90	
Agência									
Enfermeiro	34	2,87	3,00	0,59	2,67	3,08	1,00	4,17	0,391 ^b
Outros	43	3,05	3,00	0,56	2,87	3,22	1,83	4,33	
Gestor	38	2,99	3,00	0,52	2,82	3,16	1,17	4,00	
Relacionamento Social									
Enfermeiro	34	2,41	2,57	0,67	2,17	2,64	1,00	3,43	0,958 ^b
Outros	43	2,44	2,29	0,64	2,25	2,64	1,29	3,71	
Gestor	38	2,44	2,57	0,48	2,29	2,60	1,00	3,29	
Persona									
Enfermeiro	34	2,71	2,86	0,68	2,47	2,95	1,00	4,00	0,076 ^a
Outros	43	3,04	3,14	0,51	2,89	3,20	1,71	4,14	
Gestor	38	2,90	3,00	0,55	2,72	3,08	1,00	3,86	
Escore Total									
Enfermeiro	34	2,73	2,92	0,57	2,54	2,93	1,13	3,60	0,542 ^b
Outros	43	2,86	2,90	0,48	2,71	3,00	1,93	3,90	
Gestor	38	2,82	2,85	0,41	2,68	2,95	1,30	3,50	

Fonte: A Autora (2022).

Notas: n: tamanho amostral; p: p-valor; DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo.

(^a): Valor referente ao Teste *Kruskal-Wallis* para comparação dos escores dos domínios fatoriais Cognição e Persona.

(^b): Valor referente ao Teste ANOVA para comparação dos escores total e dos domínios fatoriais Relacionamento Social e Agência.

Ademais, ao analisar os escores da Escala Neri, considerando a variável tempo de atuação na APS, também não foram encontradas diferenças entre os grupos (TABELA 25).

Tabela 25 – Escores por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, segundo a variável tempo de atuação na APS, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continua)

Domínio/ Tempo de atuação na APS	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
Cognição									
<1ano	11	2,77	2,80	0,58	2,38	3,16	1,10	3,40	
1 a 5 anos	37	2,90	3,00	0,53	2,73	3,08	1,80	4,40	
5 a 10 anos	27	2,90	3,00	0,64	2,65	3,15	1,00	4,40	0,823 ^a
10 a 15 anos	21	3,02	3,00	0,34	2,87	3,17	2,20	3,70	
>15 anos	19	2,87	2,90	0,47	2,64	3,09	2,20	3,80	
Agência									
<1ano	11	2,83	3,00	0,86	2,25	3,41	1,00	4,00	
1 a 5 anos	37	2,95	3,00	0,47	1,17	3,83	1,17	3,83	
5 a 10 anos	27	3,17	3,00	0,57	2,72	3,17	1,67	4,00	0,735 ^b
10 a 15 anos	21	3,09	3,17	0,50	2,86	3,32	2,00	4,17	
>15 anos	19	3,04	3,00	0,55	2,78	3,31	2,33	4,33	
Relacionamento Social									
<1ano	11	2,39	2,57	0,66	1,95	2,83	1,29	3,29	
1 a 5 anos	37	2,29	2,29	0,60	2,09	2,49	1,00	3,14	
5 a 10 anos	27	2,38	2,43	0,61	2,13	2,61	1,00	3,71	0,190 ^b
10 a 15 anos	21	2,64	2,71	0,42	2,45	2,83	1,57	3,43	
>15 anos	19	2,59	2,57	0,66	2,27	2,91	1,57	3,71	
Persona									
<1ano	11	2,79	3,00	0,76	2,28	3,03	1,14	3,57	
1 a 5 anos	37	2,93	3,00	0,57	2,74	3,12	1,00	4,00	
5 a 10 anos	27	2,83	3,00	0,70	2,55	3,10	1,00	3,71	1,000 ^a
10 a 15 anos	21	2,95	3,00	0,47	2,73	3,16	2,14	3,86	
>15 anos	19	2,95	3,00	0,52	2,69	3,20	2,00	4,14	
Escore Total									
<1ano	11	2,70	2,87	0,64	2,27	3,13	1,23	3,40	
1 a 5 anos	37	2,77	2,83	0,45	2,62	2,92	1,30	3,60	

Tabela 25 – Escores por domínios da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice, segundo a variável tempo de atuação na APS, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

(conclusão)								
Domínio/ Tempo de atuação na APS	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média	Mín.	Máx.	p
Cognição								
5 a 10 anos	27	2,77	2,93	0,56	2,55	2,99	1,13	3,87
10 a 15 anos	21	2,93	2,90	0,36	2,77	3,09	2,13	3,57
>15 anos	19	2,86	2,80	0,46	2,63	3,08	2,20	3,90

0,670^b

Fonte: A Autora (2022).

Notas: n: tamanho amostral; p: p-valor; DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo; APS: Atenção Primária à Saúde.

(^a): Valor referente ao Teste *Kruskal-Wallis* para comparação dos escores dos domínios fatoriais Cognição e Persona.

(^b): Valor referente ao Teste ANOVA para comparação dos escores total e dos domínios fatoriais Relacionamento Social e Agência.

2.4.2.3 Conhecimentos básicos gerontológicos dos profissionais e gestores de saúde atuantes na Atenção Primária em Minas Gerais

Primeiramente, analisou-se a consistência interna do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e revisado (2022) pelo *Alfa de Cronbach*, que foi de 0,58 para 25 itens, o que confere consistência interna baixa de acordo com Pasquali (1998). Ressalta-se que a exclusão dos itens cujo valor de Alfa foram abaixo de 0,70, não resultou em uma consistência interna maior para o questionário como um todo.

A título de conhecimento, calculou-se a média de tempo gasto pelos participantes para preencher o questionário. Das 115 respostas, 06 não foram respondidas de forma mensurável. Assim, considerou-se o quantitativo de 109 respondentes, em que o tempo médio gasto foi de 10,91 minutos (DP = 6,23).

Em relação a porcentagem de acertos pelos profissionais e gestores da APS no Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022), a porcentagem média de acertos foi 63,83% (DP = 9,83), o que equivale a 15,96 pontos. O domínio que apresentou maior percentual médio de acertos foi o domínio cognitivo com 75,75% (DP = 23,50) e aquele com percentual médio de acertos mais baixo foi o domínio psicológico (54,01%; DP = 13,24). Esses resultados demonstram que, em geral, a

amostra de profissionais e gestores de saúde conhecem mais aspectos cognitivos do envelhecimento e tem menos conhecimento dos aspectos psicológicos (TABELA 26).

Tabela 26 – Estatística descritiva do percentual de acertos por domínio do Questionário Palmore-Neri-Cachioni para Avaliação de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice- Atualizado e Revisado (2022) para profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio/ Escore total	n	Média	Mediana	Desvio Padrão	CV	Mín.	Máx.
Físico	115	65,60	66,67	15,43	23,53	22,22	100,00
Cognitivo	115	75,65	66,67	23,50	31,10	0,00	100,00
Psicológico	115	54,01	55,56	13,24	24,51	11,11	100,00
Social	115	64,67	62,50	17,31	26,76	25,00	100,00
Escore total	115	63,83	64,00	9,83	15,40	36,00	88,00

Fonte: A autora (2022).

Notas: n: tamanho da amostra; CV: Coeficiente de variação; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo.

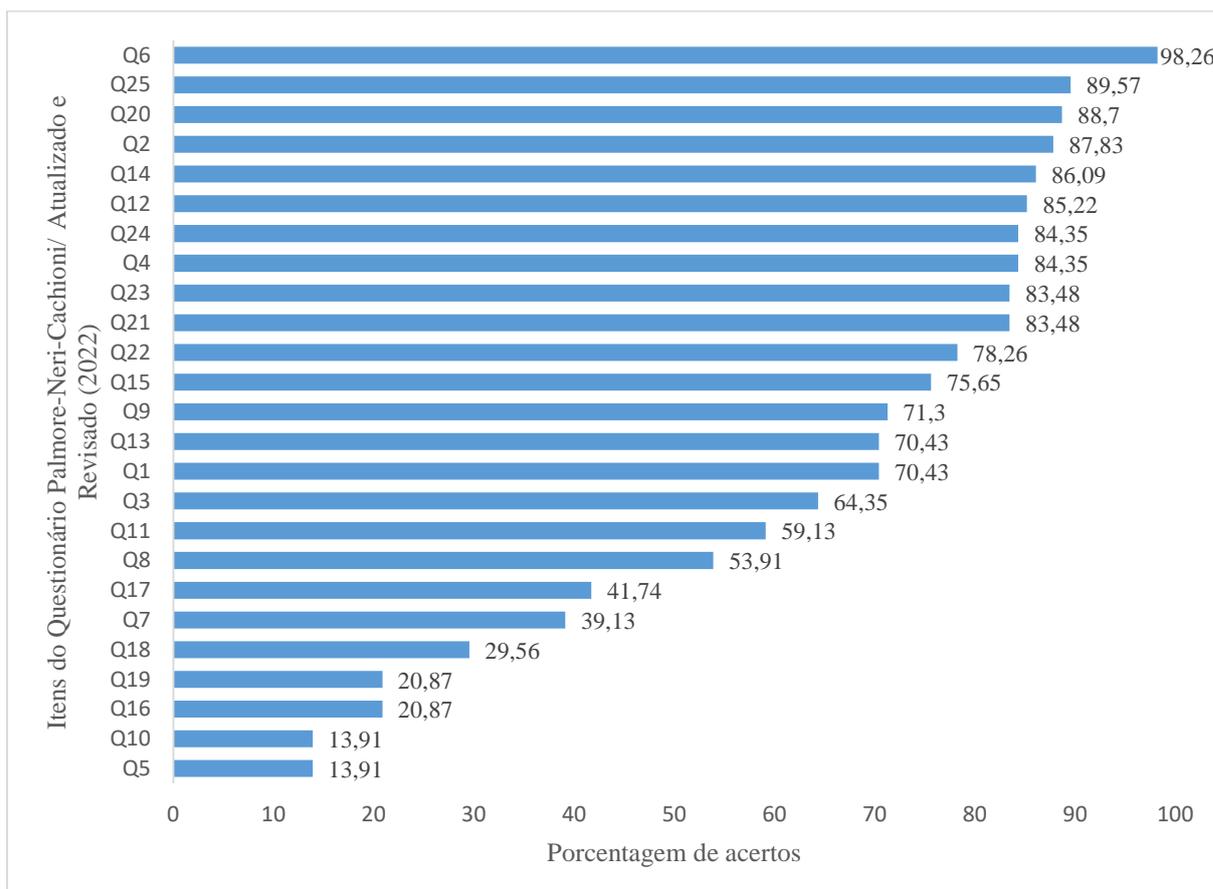
O Gráfico 4 apresenta a porcentagem de acertos dos profissionais e gestores de saúde da APS no Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022). Evidencia-se que nenhum item obteve 100,00% de acerto pela amostra estudada, contudo o item 06, que trata da força física nas pessoas idosas ao qual tende a declinar com o processo natural do envelhecimento (domínio físico), foi o com maior porcentagem de acerto, com 98,26%, o que representa 113 participantes. A segunda questão mais acertada foi a 25, concernente ao nível de escolaridade das pessoas idosas nas próximas gerações em relação às gerações passadas (domínio social), que obteve 89,57% de acertos (n = 103). Por fim, a questão 20, referente à prioridade de atendimento das pessoas idosas no sistema público de saúde (domínio social) alcançou 88,7% de acertos (n = 102) e, portanto, ocupou o terceiro lugar.

Quanto aos itens com menores percentuais de acertos, os itens 05 e 10 obtiveram igualmente 13,91% de acertos, o equivalente a 16 participantes. Posteriormente, os itens 16 e 19 foram acertados por apenas 24 participantes, representando 20,87% de acertos.

Ressalta-se que o item 05 pertence ao domínio psicológico, o item 10 abarca os domínios psicológico, social e físico, o item 16 abrange o domínio psicológico e o item 19 o domínio social, ou seja, a maioria dos itens se referem ao domínio psicológico, o que reforça o

resultado descrito acima na Tabela 26 de que o aspecto do envelhecimento em que os participantes menos conhecem se referem às questões psicológicas.

Gráfico 4 – Porcentagem de acertos por item do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022) para avaliação de conhecimentos básicos sobre a Velhice dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, 2022



Fonte: A autora (2022).

Após as análises descritivas, também se procedeu análises comparativas entre o percentual de acertos total e por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022) e as variáveis sociodemográficas e acadêmico/profissionais de interesse.

Iniciando pelas variáveis sociodemográficas, verificou-se o percentual de acertos do questionário considerando as variáveis sexo, idade e convivência com pessoas idosas fora do ambiente de trabalho.

Deste modo, em relação ao sexo, observou-se que os indivíduos do sexo masculino tiveram maior percentual de acertos tanto no escore total, quanto no domínio físico do questionário em relação aos indivíduos do sexo feminino, sendo esta diferença significativa (p

= 0,004; p = 0,006, respctivamente), ou seja, na amostra estudada os homens tinham melhores conhecimentos gerais gerontológicos do que as mulheres, bem como maior conhecimento de aspectos físicos do envelhecimento do que as mulheres (TABELA 27).

Tabela 27 – Percentuais de acertos total e por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável sexo, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio/ Sexo	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
Físico									
Masculino	19	74,27	77,78	11,14	68,90	79,64	55,56	88,89	0,006^a
Feminino	96	63,89	66,67	15,63	60,72	67,06	22,22	100,00	
Cognitivo									
Masculino	19	82,46	100,00	20,39	72,63	92,29	33,33	100,00	0,180 ^a
Feminino	96	74,31	66,67	23,93	69,46	79,16	0,00	100,00	
Psicológico									
Masculino	19	59,07	55,56	12,86	52,87	65,26	33,33	77,78	0,058 ^a
Feminino	96	53,01	55,56	13,15	50,35	55,67	11,11	100,00	
Social									
Masculino	19	70,39	62,50	17,29	62,06	78,73	37,50	100,00	0,128 ^a
Feminino	96	63,54	62,50	17,17	60,06	67,02	25,00	100,00	
Escore Total									
Masculino	19	69,68	68,00	9,07	65,31	74,06	52,00	84,00	0,004^b
Feminino	96	62,67	64,00	9,60	60,72	64,61	36,00	88,00	

Fonte: A Autora (2022).

Notas: DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo; p: p-valor.

(^a): Valor referente ao Teste de *Man-Whitney* para comparação da pontuação do percentual de acertos dos domínios.

(^b): Valor referente ao Teste *t* de *Student* para comparação da pontuação do percentual de acertos total.

Acerca do percentual de acertos no questionário, considerada a variável idade, não houve diferença entre os grupos, como mostra a Tabela 28. Ressalta-se que para realizarmos esta análise, os indivíduos foram agrupados em duas categorias, sendo ≤ 39 anos e ≥ 40 anos.

Tabela 28 – Percentuais de acertos total e por domínios do Questionário Palmore-Neri Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável idade, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio/ Idade	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
Físico									
≤39 anos	70	64,92	66,67	15,90	61,13	68,71	22,22	88,89	0,682 ^a
≥40 anos	45	66,67	66,67	14,79	62,22	71,11	33,33	100,00	
Cognitivo									
≤39 anos	70	75,24	66,67	23,87	69,55	80,93	33,33	100,00	0,809 ^a
≥40 anos	45	76,30	66,67	23,16	69,34	83,56	0,00	100,00	
Psicológico									
≤39 anos	70	53,33	55,56	13,05	50,22	56,45	11,11	88,89	0,693 ^a
≥40 anos	45	55,06	55,56	13,60	50,98	59,15	22,22	100,00	
Social									
≤39 anos	70	63,21	62,50	16,74	59,22	67,21	37,50	100,00	0,286 ^a
≥40 anos	45	66,94	62,50	18,11	61,50	72,38	25,00	100,00	
Escore Total									
≤39 anos	70	63,37	64,00	9,88	61,01	65,73	36,00	88,00	0,539 ^b
≥40 anos	45	64,53	64,00	9,82	61,58	67,48	44,00	84,00	

Fonte: A Autora (2022).

Notas: DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo; p: p-valor.

(^a): Valor referente ao Teste de *Man-Whitney* para comparação da pontuação do percentual de acertos dos domínios.

(^b): Valor referente ao Teste *t* de *Student* para comparação da pontuação do percentual de acertos total.

Outra variável sociodemográfica que não apresentou diferença significativa foi a convivência com pessoas idosas fora do ambiente de trabalho, em que não houve diferença no percentual de acertos entre os indivíduos que conviviam e os indivíduos que não conviviam com pessoas idosas (TABELA 29).

Tabela 29 – Percentuais de acertos total e por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável convivência com pessoas idosas fora do ambiente de trabalho, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio/ Convivência com pessoas idosas	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
Físico									
Sim	110	65,15	66,67	15,53	62,22	68,09	22,22	100,00	0,121 ^a
Não	5	75,56	77,78	9,30	64,02	87,10	66,67	88,89	
Cognitivo									
Sim	110	74,85	66,67	23,54	70,40	79,30	0,00	100,00	0,071 ^a
Não	5	93,33	100,00	14,91	74,83	111,84	66,67	100,00	
Psicológico									
Sim	110	54,14	55,56	13,39	51,14	56,67	11,11	100,00	0,428 ^a
Não	5	51,11	44,44	9,94	38,77	63,46	44,44	66,67	
Social									
Sim	110	64,77	62,50	17,12	61,54	68,01	25,00	100,00	0,623 ^a
Não	5	62,50	62,50	23,39	33,47	91,54	37,50	100,00	
Escore Total									
Sim	110	63,71	64,00	9,79	61,86	65,56	36,00	88,00	0,552 ^b
Não	5	66,40	64,00	11,52	52,09	80,71	52,00	84,00	

Fonte: A Autora (2022).

Notas: DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo; p: p-valor.

(^a): Valor referente ao Teste de *Man-Whitney* para comparação da pontuação do percentual de acertos dos domínios.

(^b): Valor referente ao Teste *t* de *Student* para comparação da pontuação do percentual de acertos total.

Em relação as variáveis acadêmicas, os percentuais de acerto do questionário foram analisados, considerando possuir vivência prática com pessoas idosas durante a graduação, ter cursado disciplinas relativas à Geriatria e Gerontologia na graduação, o tempo de formação e possuir Pós-Graduação em Geriatria/Gerontologia.

Não foram encontradas diferenças significativas para os percentuais de acertos do questionário segundo a variável vivência prática com pessoas idosas na graduação, conforme mostra a Tabela 30.

Tabela 30 – Percentuais de acertos total e por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável vivência prática com pessoas idosas na graduação, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio/ vivência c. pessoas idosas na grad.	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
Físico									
Sim	87	65,26	66,67	15,60	61,94	68,59	22,22	100,00	0,786 ^a
Não	25	65,78	66,67	15,69	59,30	72,26	33,33	88,89	
Cognitivo									
Sim	87	74,33	66,67	23,68	69,28	79,38	0,00	100,00	0,589 ^a
Não	25	77,33	66,67	23,01	67,83	86,83	33,33	100,00	
Psicológico									
Sim	87	53,90	55,56	13,82	50,95	56,84	11,11	100,00	0,689 ^a
Não	25	54,22	55,56	11,71	49,39	59,06	22,22	66,67	
Social									
Sim	87	64,80	62,50	17,63	61,04	68,56	25,00	100,00	0,707 ^a
Não	25	63,50	62,50	15,70	57,02	69,98	37,50	100,00	
Escore Total									
Sim	87	63,77	64,00	10,18	61,60	65,94	36,00	88,00	0,799 ^b
Não	25	63,20	64,00	8,41	59,73	66,67	48,00	84,00	

Fonte: A Autora (2022).

Notas: DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo; p: p-valor; vivência c. pessoas idosas na grad.: Vivência prática com pessoas idosas na graduação.

(^a): Valor referente ao Teste de *Man-Whitney* para comparação da pontuação do percentual de acertos dos domínios.

(^b): Valor referente ao Teste *t* de *Student* para comparação da pontuação do percentual de acertos total.

Também, o percentual de acertos do questionário não se diferiu quando considerada a variável ter cursado disciplinas relativas à Geriatria e Gerontologia na graduação (TABELA 31).

Tabela 31 – Percentuais de acertos total e por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável Disciplina de Geriatria/ Gerontologia na graduação, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio/ Disciplina	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
Físico									
Sim	71	66,04	66,67	15,25	62,43	69,65	22,22	100,00	0,574 ^a
Não	41	64,23	66,67	16,20	59,12	69,34	33,33	88,89	
Cognitivo									
Sim	71	77,94	66,67	23,87	72,29	83,58	0,00	100,00	0,050 ^a
Não	41	69,92	66,67	22,12	62,94	76,90	33,33	100,00	
Psicológico									
Sim	71	53,37	55,56	50,05	56,68	11,11	100,00		0,559 ^a
Não	41	55,02	55,56	12,16	51,18	58,85	22,22	88,89	
Social									
Sim	71	65,32	62,50	18,20	61,01	69,62	25,00	100,00	0,592 ^a
Não	41	63,11	62,50	15,30	58,28	67,94	37,50	100,00	
Escore Total									
Sim	71	64,23	64,00	10,18	61,81	66,64	36,00	84,00	0,409 ^b
Não	41	62,63	64,00	9,06	59,77	65,49	44,00	88,00	

Fonte: A Autora (2022).

Notas: DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo; p: p-valor.

(^a): Valor referente ao Teste de *Man-Whitney* para comparação da pontuação do percentual de acertos dos domínios.

(^b): Valor referente ao Teste *t* de *Student* para comparação da pontuação do percentual de acertos total.

Avaliou-se também, o tempo de formação no curso superior, em que os indivíduos que formaram há menos de 10 anos não se diferiram daqueles formados há mais de uma década (TABELA 32).

Tabela 32 – Percentuais de acertos por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável tempo de formação, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio/ Tempo de formação	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
Físico									
<10 anos	49	64,85	66,67	12,90	61,15	68,56	44,44	88,89	0,662 ^b
≥10 anos	63	65,79	66,67	14,43	61,40	70,18	22,22	100,00	
Cognitivo									
<10 anos	49	75,51	66,67	24,32	68,52	82,50	33,33	100,00	0,797 ^b
≥10 anos	63	74,60	66,67	22,97	68,82	80,39	0,00	100,00	
Psicológico									
<10 anos	49	53,74	55,56	11,42	50,46	57,02	11,11	77,78	0,988 ^b
≥10 anos	63	54,15	55,56	14,43	50,43	57,86	22,22	100,00	
Social									
<10 anos	49	62,76	62,50	17,21	57,81	67,70	37,50	100,00	0,330 ^b
≥10 anos	63	65,87	62,50	17,13	61,56	70,19	25,00	100,00	
Escore Total									
<10 anos	49	63,35	64,00	9,11	60,73	65,96	44,00	80,00	0,779 ^b
≥10 anos	63	63,87	64,00	10,34	61,27	66,48	36,00	88,00	

Fonte: A Autora (2022).

Notas: DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo; p: p-valor.

(^a): Valor referente ao Teste de *Man-Whitney* para comparação da pontuação do percentual de acertos dos domínios.

(^b): Valor referente ao Teste *t* de *Student* para comparação da pontuação do percentual de acertos total.

Por fim, quando avaliado o percentual de acertos considerada a variável Pós-Graduação em Geriatria/Gerontologia, também não foram observadas diferenças significativas (TABELA 33).

Tabela 33 – Percentuais de acertos total e por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável Pós-Graduação em Geriatria/ Gerontologia, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio/ Pós- Graduação	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
Físico									
Sim	9	69,14	66,67	16,46	56,48	81,79	44,44	88,89	0,431 ^a
Não	103	65,05	66,67	15,51	62,02	68,08	22,22	100,00	
Cognitivo									
Sim	9	81,48	100,00	24,22	62,87	100,10	33,33	100,00	0,357 ^a
Não	103	74,43	66,67	23,43	69,86	79,01	0,00	100,00	
Psicológico									
Sim	9	53,09	55,56	9,26	45,97	60,21	33,33	66,67	0,848 ^a
Não	103	54,05	55,56	13,66	51,38	56,72	11,11	100,00	
Social									
Sim	9	69,44	52,50	18,87	54,94	83,95	50,00	100,00	0,528 ^a
Não	103	64,08	62,50	17,03	60,75	67,41	25,00	100,00	
Escore Total									
Sim	9	65,78	64,00	7,78	59,80	71,75	52,00	80,00	0,497 ^b
Não	103	63,46	64,00	9,94	61,51	65,40	36,00	88,00	

Fonte: A Autora (2022).

Notas: DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.: Mínimo/ Máx.: Máximo; p: p-valor.

(^a): Valor referente ao Teste de *Man-Whitney* para comparação da pontuação do percentual de acertos dos domínios.

(^b): Valor referente ao Teste *t* de *Student* para comparação da pontuação do percentual de acertos total.

Sobre as variáveis profissionais, consideramos: possuir experiência profissional anterior ao cargo atual, categoria profissional, cargo atual de atuação na APS e tempo de atuação na APS.

Quanto à experiência profissional anterior, os indivíduos que relataram possuir, apresentaram maior percentual de acertos para o domínio social do questionário quando comparados com àqueles que não possuíam, sendo esta diferença significativa ($p = 0,043$) (TABELA 34). Isso revela que para a amostra estudada, os indivíduos que já tiveram

experiência profissional anterior, apresentavam melhores conhecimentos sobre os aspectos sociais do envelhecimento.

Tabela 34 – Percentuais de acertos total e por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável experiência anterior ao cargo atual, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio/ Experiência anterior	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
Físico									
Sim	69	65,86	66,67	16,76	61,84	69,89	22,22	100,00	0,768 ^a
Não	46	65,22	66,67	13,38	61,25	69,19	33,33	88,89	
Cognitivo									
Sim	69	75,85	66,67	23,49	70,85	70,20	0,00	100,00	0,898 ^a
Não	46	75,36	66,67	23,76	68,31	82,42	33,33	100,00	
Psicológico									
Sim	69	55,24	55,56	13,20	52,06	58,41	22,22	100,00	0,307 ^a
Não	46	52,18	55,56	13,23	48,25	56,10	11,11	77,78	
Social									
Sim	69	67,21	62,50	16,48	63,25	71,17	37,50	100,00	0,043^a
Não	46	60,87	62,50	17,99	55,53	66,21	25,00	100,00	
Escore Total									
Sim	69	64,93	64,00	10,36	62,44	67,42	36,00	88,00	0,142 ^b
Não	46	62,17	60,00	8,83	59,55	64,80	44,00	84,00	

Fonte: A Autora (2022).

Notas: DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.: Mínimo/ Máx.: Máximo; p: p-valor.

(^a): Valor referente ao Teste de *Man-Whitney* para comparação da pontuação do percentual de acertos dos domínios.

(^b): Valor referente ao Teste *t* de *Student* para comparação da pontuação do percentual de acertos total.

Quanto à categoria profissional exercida na APS, se gestor ou profissional de saúde, os resultados no Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022) não se diferiram (TABELA 35).

Tabela 35 – Percentuais de acertos por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável Categoria profissional, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio/ Categoria	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
Físico									
Gestor	38	62,57	66,67	15,80	57,38	67,77	22,22	88,89	0,227 ^b
Profissional	77	67,10	66,67	15,13	63,67	70,54	33,33	100,00	
Cognitivo									
Gestor	38	77,19	66,67	25,83	68,71	85,68	0,00	100,00	0,446 ^b
Profissional	77	74,89	66,67	22,40	69,81	79,98	33,33	100,00	
Psicológico									
Gestor	38	51,76	55,60	14,45	47,01	56,50	22,22	100,00	0,125 ^b
Profissional	77	55,12	55,56	12,55	52,28	57,97	11,11	88,89	
Social									
Gestor	38	65,13	62,50	19,53	58,71	71,55	25,00	100,00	0,777 ^b
Profissional	77	64,45	62,50	16,23	60,76	68,13	37,50	100,00	
Escore Total									
Gestor	38	63,05	64,00	10,46	59,62	66,49	36,00	84,00	0,556 ^b
Profissional	77	64,21	64,00	9,56	62,04	66,38	44,00	88,00	

Fonte: A Autora (2022).

Notas: DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo; p: p-valor.

(^a): Valor referente ao Teste de *Man-Whitney* para comparação da pontuação do percentual de acertos dos domínios.

(^b): Valor referente ao Teste *t* de *Student* para comparação da pontuação do percentual de acertos total.

O cargo atual também não apresentou diferenças significativas. Salienta-se que para esta análise considerou-se os cargos de enfermeiro, demais profissionais de saúde e gestor (TABELA 36).

Tabela 36 – Percentuais de acertos total e por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável cargo atual, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínio/ Cargo atual	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
Físico									
Enfermeiro	34	64,71	66,67	14,07	59,80	69,62	44,44	88,89	
Outros	43	68,99	66,67	15,82	64,13	73,86	33,33	100,00	0,229 ^a
Gestor	38	62,57	66,67	15,80	57,38	67,77	22,22	88,89	
Cognitivo									
Enfermeiro	34	75,49	66,67	23,65	67,24	83,74	33,33	100,00	
Outros	43	74,42	66,67	21,62	67,77	81,07	33,33	100,00	0,714 ^a
Gestor	38	77,19	66,67	25,83	68,71	85,68	0,00	100,00	
Psicológico									
Enfermeiro	34	54,58	55,56	14,05	49,68	59,48	11,11	77,78	
Outros	43	55,56	55,56	11,37	52,06	59,06	22,22	88,89	0,307 ^a
Gestor	38	51,76	55,56	14,45	47,01	56,50	22,22	100,00	
Social									
Enfermeiro	34	59,93	62,50	15,32	54,58	65,27	37,50	100,00	
Outros	43	68,02	62,50	16,21	63,04	73,01	37,50	100,00	0,103 ^a
Gestor	38	65,13	62,50	19,53	58,71	71,55	25,00	100,00	
Escore Total									
Enfermeiro	34	61,88	60,00	9,71	58,49	65,27	44,00	80,00	
Outros	43	66,05	64,00	9,13	63,24	68,86	48,00	88,00	0,153 ^b
Gestor	38	63,05	64,00	10,46	59,62	66,49	36,00	84,00	

Fonte: A Autora (2022).

Notas: DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo; p: p-valor.

(^a): Valor referente ao Teste *Kruskal-Wallis* para comparação da pontuação do percentual de acertos dos domínios.

(^b): Valor referente ao Teste ANOVA para comparação da pontuação do percentual de acertos total.

Finalmente, o percentual de acertos do questionário não se diferiu significativamente quando considerada a variável tempo de atuação na APS (TABELA 37).

Tabela 37 – Percentuais de acertos por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável tempo de atuação na APS, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022
(continua)

Domínio/ Tempo atuação	n	Média	Mediana	DP	IC 95%		Mín.	Máx.	p
					Média				
Físico									
<1ano	11	60,61	66,67	10,38	53,63	67,58	44,44	77,78	
1 a 5 anos	37	67,27	66,67	14,33	62,49	72,05	33,33	88,89	
5 a 10 anos	27	69,14	66,67	13,55	63,78	74,50	44,44	100,00	0,339 ^a
10 a 15 anos	21	63,49	66,67	20,83	54,01	72,98	22,22	88,89	
>15 anos	19	62,57	55,56	15,37	55,17	69,98	44,44	88,89	
Cognitivo									
<1ano	11	72,73	66,67	25,03	55,92	89,54	33,33	100,00	
1 a 5 anos	37	75,68	66,67	26,82	66,74	84,62	0,00	100,00	
5 a 10 anos	27	75,31	66,67	25,47	65,23	85,39	33,33	100,00	0,991 ^a
10 a 15 anos	21	76,19	66,67	18,69	67,69	84,70	33,33	100,00	
>15 anos	19	77,19	66,67	19,41	67,84	86,55	33,33	100,00	
Psicológico									
<1ano	11	51,52	55,56	11,41	43,85	59,18	33,33	66,67	
1 a 5 anos	37	54,66	55,56	16,44	49,18	60,14	11,11	100,00	
5 a 10 anos	27	55,56	55,60	10,22	51,51	59,60	33,33	77,78	0,815 ^a
10 a 15 anos	21	51,32	55,56	13,37	45,24	57,41	22,22	77,78	
>15 anos	19	54,97	55,56	11,40	49,48	60,47	22,22	77,78	
Social									
<1ano	11	65,91	6,50	16,86	54,59	77,23	50,00	100,00	
1 a 5 anos	37	58,45	62,50	16,42	52,97	63,92	25,00	87,50	
5 a 10 anos	27	69,98	62,50	16,76	62,35	75,61	37,50	100,00	0,083 ^a
10 a 15 anos	21	62,50	62,50	15,81	55,30	69,70	37,50	100,00	
>15 anos	19	72,37	62,50	18,44	63,48	81,25	50,00	100,00	
Escore Total									
<1ano	11	61,82	60,00	7,24	56,96	66,68	52,00	76,00	
1 a 5 anos	37	62,81	64,00	10,15	59,43	66,19	44,00	88,00	0,411 ^b

Tabela 37 – Percentuais de acertos por domínios do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), segundo a variável tempo de atuação na APS, dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022 (conclusão)

Domínio/ Tempo atuação	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Mín.	Máx.	p
5 a 10 anos	27	66,37	68,00	8,32	63,08	69,66	52,00	84,00	
10 a 15 anos	21	61,90	64,00	10,55	57,00	66,71	36,00	80,00	
>15 anos	19	65,47	64,00	44,49	59,94	71,01	44,00	84,00	

Fonte: A Autora (2022).

Notas: DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança para a Média no nível 95%; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo; p: p-valor.

(^a): Valor referente ao Teste *Kruskal-Wallis* para comparação da pontuação do percentual de acertos dos domínios.

(^b): Valor referente ao Teste ANOVA para comparação da pontuação do percentual de acertos total.

2.4.2.4 Atitudes e Conhecimentos acerca da pessoa idosa

Com o intuito de responder um de nossos objetivos específicos, realizamos análises de correlação entre conhecimentos e atitudes, por meio da correlação entre o percentual de acertos total do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022) e as pontuações obtidas na Escala Neri. Estas análises foram realizadas com intuito de identificar se para a amostra estudada (gestores e profissionais de saúde da APS), o nível de conhecimento estava relacionado às atitudes, mais precisamente, se maiores conhecimentos sobre a velhice estavam relacionados à atitudes mais positivas frente o envelhecimento e a pessoa idosa.

De acordo com a Tabela 38, o percentual de acertos no Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022) não se correlacionou com o Escore Total da Escala Neri, nem tampouco com os domínios fatoriais da mesma.

Tabela 38 – Correlação entre a Escala Neri e o percentual de acertos do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022) dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

Domínios Escala Neri	Acertos Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022)	
	Correlação (r)	p-valor
Cognição	0,030 ^a	0,750
Agência	0,096 ^b	0,307
Relacionamento Social	- 0,046 ^b	0,628
Persona	0,131 ^a	0,163
Escore Total	0,048 ^b	0,613

Fonte: A autora (2022).

Notas: (a): Valor referente à Correlação de *Spearman* para correlação do percentual de acertos do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022) com os escores dos domínios fatoriais Cognição e Persona da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice.

(b): Valor referente à Correlação de *Pearson* para correlação do percentual de acertos do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022) com escore total e escores dos domínios fatoriais Relacionamento Social e Agência da Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice.

Realizamos também a correlação do percentual de acertos do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022) com os 30 itens da Escala Neri, em que se observou uma correlação positiva e significativa, embora de efeito pequeno ($r \geq 0,1$) para os itens 3 (o idoso é bem-humorado/mal humorado) e 4 (o idoso é aceito/rejeitado) da Escala Neri, isto é, os indivíduos que têm mais conhecimentos sobre a velhice, consideram as pessoas idosas menos bem-humorados e menos aceitos. Também, o item 17 (o idoso é generoso/mesquinho) correlacionou-se negativamente de forma significativa, ainda que com efeito pequeno ($r \geq 0,1$) com os acertos do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), ou seja, isso mostra que os indivíduos que possuíam maiores conhecimentos sobre a velhice, consideraram a pessoa idosa mais generosa (TABELA 39).

Tabela 39 – Correlação entre os itens da Escala Neri e o Percentual de acertos do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022), dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

(continua)

Itens da Escala Neri	Acertos Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022)	
	Correlação (r)	p- valor ^a
Item 1	0,039	0,679
Item 2	0,096	0,306
Item 3	0,198 *	0,034
Item 4	0,195 *	0,036
Item 5	0,054	0,565
Item 6	0,183	0,051
Item 7	0,159	0,090
Item 8	0,167	0,075
Item 9	0,116	0,217
Item 10	- 0,033	0,729
Item 11	0,048	0,614
Item 12	- 0,089	0,342
Item 13	0,014	0,881
Item 14	0,060	0,526
Item 15	- 0,121	0,196
Item 16	0,027	0,771
Item 17	- 0,240 **	0,010
Item 18	0,006	0,947
Item 19	0,017	0,860
Item 20	- 0,11	0,906
Item 21	- 0,037	0,695
Item 22	0,091	0,334
Item 23	0,013	0,894
Item 24	- 0,026	0,783
Item 25	- 0,038	0,683
Item 26	0,083	0,376
Item 27	0,007	0,941

Tabela 39 – Correlação entre os itens da Escala Neri e o Percentual de acertos do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de conhecimentos Básicos sobre a Velhice – Atualizado e Revisado (2022), dos profissionais e gestores de saúde da APS, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2022

(conclusão)

Itens da Escala Neri	Acertos Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022)	
	Correlação (r)	p- valor ^a
Item 28	- 0,034	0,718
Item 29	0,017	0,857
Item 30	0,094	0,320

Fonte: A autora (2022).

Notas: (*): Correlação é significativa no nível 0,05.

(**): Correlação é significativa no nível 0,01.

(^a): Correlação de *Spearman*.

2.5 DISCUSSÃO

2.5.1 Estudo Metodológico

O *Facts on Aging Quiz*, instrumento originalmente construído por Erdman Palmore em 1977, foi traduzido e adaptado para o português e instrumento objetiva a avaliação de conhecimentos gerais gerontológicos. Suas respostas, contudo, não são estáticas e podem sofrer alterações com o decorrer do tempo (PALMORE, 1977; CACHIONI, 2002). Assim, são 20 anos desde a tradução para o português e adaptação, sendo necessária uma revisão para atualização das repostas consideradas corretas, a fim de que o Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice continue sendo um instrumento adequado para avaliação de conhecimentos básicos sobre a pessoa idosa e o processo de envelhecimento.

Neste contexto, a validação de conteúdo é importante porque se constitui uma das evidências fundamentais de validade de um instrumento e deve ser realizada mediante a construção e adaptação dos mesmos. Ainda, por se tratar de um instrumento edumétrico, a validação de conteúdo não se estabelece uma única vez, pois mudanças no contexto educacional ao qual está inserido, pode exigir uma nova etapa de avaliação da validade de conteúdo (ALEXANDRE; COLLUCI, 2011; RAYMUNDO, 2009; YUSOFF, 2019).

Desta forma, o procedimento de atualização do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice pelo presente trabalho, foi conduzido por meio da

análise de profissionais expertos na área gerontológica, com posterior apreciação pelo comitê de avaliação, possibilitando a atualização de sete questões quanto às suas respostas consideradas corretas, sendo os itens 01, 03, 11, 18, 19, 20 e 21. Apenas três itens do questionário não seguiram o que recomendou a maioria/totalidade dos especialistas. Com esta etapa, emergiu também a necessidade de alteração do enunciado e das alternativas de alguns itens.

Assim, a condução da atualização por meio destas duas etapas (análise por especialistas e deliberação pelos pesquisadores) é vantajosa para atender os objetivos da pesquisa, pois conta com o apoio e expertise de profissionais que detêm profundo conhecimento na área de estudo, garantindo maior propriedade nas referências que foram utilizadas para avaliar os conhecimentos dos respondentes. Ao mesmo tempo, a análise e julgamento das sugestões dos especialistas pelas pesquisadoras que executaram o trabalho, permitiu que a determinação das referências corretas e pertinentes fossem de sua própria responsabilidade, não terceirizando a condução de sua pesquisa.

Nossos resultados são parecidos com outros trabalhos que também realizaram a atualização das respostas do questionário, como na dissertação de mestrado de Vieira (2016). A autora procedeu com a atualização de quatro questões, sendo as questões 01, 03, 19 e 20, que também foram atualizadas neste presente estudo. As referências utilizadas no estudo atual para a atualização das respostas coincidiram com a autora apenas para aquela utilizada na resposta do item 20, que versa sobre a prioridade do atendimento às pessoas idosas nos serviços públicos de saúde, a saber, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006b). Nosso estudo também se assemelha ao de Vieira (2016) quanto à modificação em alguns enunciados do questionário. Acerca do procedimento adotado para atualização, não foi possível discutir, já que o procedimento adotado não foi relatado na dissertação da autora.

Do mesmo modo, o procedimento seguido neste estudo para a atualização das respostas do questionário se deu de maneira semelhante à conduzida por Yamashiro (2018), em sua tese, que contou com a análise do instrumento por um especialista em geriatria/gerontologia, o qual indicou as questões passíveis de atualização com suas respectivas referências. Após esta sugestão, a autora consultou a bibliografia atual, determinou as alterações encaminhando o questionário novamente ao especialista e, em seguida, uma reunião para discussão de cada item foi conduzida, por meio da qual, obteve-se a versão atualizada. As questões cujas respostas foram modificadas de acordo com a literatura atual foram as questões 19 e 22. Não foram disponibilizadas as referências que suportaram estes achados. Não houve modificação nos enunciados e nem nas alternativas dos itens.

A nível internacional, Breyspraak e Badura (2015) da *University of Missouri* nos Estados Unidos, também procederam com a revisão do questionário de Palmore. As autoras uniram o FAQ 1 e FAQ 2, totalizando 50 itens e, utilizaram a literatura gerontológica atual para embasar as respostas. Afirmaram que cerca de metade das questões foi atualizada e revisada, além de vários itens possuírem pequenas modificações. Além disso, forneceram a lista de referências utilizadas para as explicações das respostas. Cabe dizer que as autoras disponibilizaram no site da universidade um link para preenchimento do questionário de forma online, a fim de que qualquer indivíduo possa testar seus conhecimentos em gerontologia. A cada item assinalado, é apresentada a resposta correta e um breve comentário para a mesma.

Posteriormente, para garantir que a versão atualizada e revisada por este presente estudo apresentasse alguma evidência de validade, foi realizada a avaliação da validade de conteúdo, incluindo a validade de face. Em relação à avaliação da validade de conteúdo, esta foi realizada com um painel de juízes especialistas na área gerontológica e nosso trabalho contou com a participação de cinco profissionais de um total de 29 profissionais contatados. Esta dificuldade em alcançar um número maior de juízes também foi reportada por Dias *et al.* (2022), que investigou a validação de conteúdo de um instrumento para avaliação de competências em enfermeiras de prática avançada, em que de um total de 40 juízes convidados, apenas cinco participaram do estudo.

Apesar disto, o estudo atual respeitou o quantitativo apontado pela literatura quanto ao número de juízes, que é diverso, pois geralmente varia de 5 a 20 sujeitos havendo também a indicação de utilização de um número ímpar de profissionais, a fim de possibilitar desempate e autores afirmam que quanto maior o número de juízes, mais difícil é chegar a um acordo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; YUSOFF, 2019; TERTULIANO *et al.*, 2020).

Estudos atuais, portanto, têm utilizado em avaliações de validade de conteúdo de instrumentos um quantitativo grande de juízes, como no trabalho de Da Costa Palacio *et al.* (2021) que contou com um painel de 40 juízes especialistas, já que recomendações recentes reforçam a necessidade de inserção de especialistas no construto a ser avaliado, que tenham diferentes níveis profissionais (GILBERT; PRION, 2016) e que sejam recrutados dentre os juízes, tanto indivíduos que atuam na área, quanto pesquisadores, bem como leigos e especialistas no método de adaptação e validação (EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2015).

Contudo, como apresentado nos parágrafos anteriores, ressalta-se que a dificuldade em alcançar um painel com um número grande de juízes especialistas pode comprometer a viabilidade do atendimento destas recomendações a depender do contexto, recursos e condições dos estudos.

Ademais, em nosso trabalho todos os juízes relataram pesquisa na área, publicação de artigos, autoria em capítulos ou livros completos, participação em grupos de pesquisa/estudo, docência em cursos de graduação em Gerontologia e atuação anterior como membro de comitê de juízes em etapas de validação de conteúdo de instrumentos de medida. Além disso, a maioria contava com experiência em construção ou adaptação de instrumentos.

Assim, foram atendidas as recomendações quanto à qualificação dos peritos, pois se recomenda, dentre outros aspectos, que tenham experiência na área, executem pesquisas e publicações científicas, tenham conhecimento sobre a metodologia de construção e adaptação de instrumentos. Recomenda-se também que os expertos tenham experiência com o conceito trabalhado, contudo como o Questionário Palmore-Neri-Cachioni visa conhecimentos básicos acerca da pessoa idosa e do processo de envelhecimento, não foram exigidos requisitos demasiadamente específicos dentro da área gerontológica. Outro aspecto indicado é a inclusão de indivíduos leigos na etapa de avaliação pelos juízes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011), contudo este requisito não foi atendido em nosso trabalho, pois foi conduzido o pré-teste, que foi aplicado a um grupo de indivíduos da população-alvo, ou seja, gestores e profissionais de saúde atuantes na atenção primária em Minas Gerais.

Quanto à análise quantitativa da etapa de validade de conteúdo, inicialmente o trabalho foi projetado para realização do cálculo do IVC, já que a literatura evidencia que é a medida mais utilizada na área da saúde (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; POLIT; BECK; OWEN, 2007).

Todavia, após interação com pesquisadoras envolvidas com validação de instrumentos, também foram analisadas estimativas de Kappa modificado que corrige o IVC para concordância casual e também o RVC. Foram utilizados então, o IVC “traduzido” para o Kappa modificado e RVC na avaliação quantitativa dos itens, a fim de ampliar a possibilidade de os resultados de nossa pesquisa dialogarem com maior número de estudos (AYRE; SCALLY, 2014; POLIT; BECK; OWEN, 2007).

O emprego de mais de uma medida de validade de conteúdo é recorrente em estudos dos mais diversos temas, como o trabalho de Trindade *et al.* (2018) que buscou validar quanto ao conteúdo uma escala para avaliar a qualidade dos objetos de aprendizagem da área da saúde que adotou o IVC e RVC, excluindo o item quando apresentava pontuações baixas para ambos os cálculos.

Uma dissertação que construiu e validou quanto ao conteúdo um instrumento para analisar o Prontuário Eletrônico do Cuidado da Estratégia e-SUS Atenção Básica também utilizou IVC e RVC em suas análises (VIOLA, 2019).

Também, um artigo científico que adaptou e validou quanto ao conteúdo, um inventário para avaliação de práticas de enfermagem avançada, utilizou o IVC e Kappa modificado (DIAS *et al.*, 2022).

Na presente pesquisa, a validade dos itens foi considerada satisfatória quando $I-IVC \geq 0,78$ / Kappa modificado $\geq 0,74$ e $RVC = 1,00$. Deste modo, na primeira rodada de validação de conteúdo apenas 11 itens obtiveram satisfatoriedade (1, 4, 5, 7, 9, 13, 14, 19, 20, 21 e 25). Assim, foi necessária uma segunda rodada de validação de conteúdo, que contou com quatro dos especialistas que participaram da rodada inicial e um novo profissional foi recrutado. Dos 14 itens reavaliados, 10 foram considerados adequados (2, 3, 6, 11, 15, 16, 17, 22, 23 e 24). Os itens 8, 10, 12 e 18 não alcançaram valores satisfatórios. Evidenciou-se que a maioria dos itens que não tiveram consenso, não o tiveram devido a avaliação da mesma especialista. Deste modo, realizou-se um encontro online com a autora da versão traduzida para o Português no qual foram esclarecidas as controvérsias e definidas as adequações em tais itens.

Polit, Beck e Owen (2007) recomendam que uma segunda rodada de validação de conteúdo seja realizada, caso as modificações nos itens sejam grandes, podendo ser conduzida com o mesmo painel de especialistas, ou ainda pode haver modificações nos membros juízes na existência de algum profissional que tenha sido muito ou nada rígido, ou ainda, que tenha sido incoerente aos demais. Deste modo, nesta presente pesquisa, poderia se ter excluído uma das juízas e convidado um novo especialista, pois como foi apresentado nos resultados, observou-se uma rigidez por parte de uma das expertas em relação aos demais. Contudo, devido à dificuldade de adesão e ao cronograma, optou-se por mantê-la. Ressalta-se que a interação dos pesquisadores com o autor do instrumento a ser validado foi realizado no estudo de Dias *et al.* (2022).

Para a avaliação quantitativa a nível de escala, foi adotado o S-IVC/Ave considerado adequado quando $\geq 0,90$, pois embora haja a possibilidade de calcular o S-IVC/UA, este é demasiadamente rigoroso, assim, Polit, Beck e Owen (2007) recomendam a avaliação da validade de conteúdo a nível de escala pelo S-IVC/Ave. Deste modo, na primeira rodada de avaliação da validade de conteúdo, apenas o S-IVC/Ave para representatividade foi adequado, pois atingiu 0,90. Quanto à clareza, este obteve 0,86, estando abaixo do ponto de corte, refletindo a falta de clareza dos itens que pôde ser observada durante a descrição dos resultados. Contudo, após a segunda rodada de avaliação da validade de conteúdo, novamente foi tomada a validade de conteúdo a nível de escala em que os atributos foram suficientes, alcançando ambos S-IVC/Ave de 0,96.

Outros trabalhos ao redor do mundo também têm realizado avaliação da validade de conteúdo do instrumento original de Palmore (1977). No estudo que avaliou a validade do FAQ 1 para a língua e cultura chinesa, os autores investigaram não só a validade de conteúdo, mas a validade de construto, validade convergente e consistência interna. Para a validade de conteúdo, os autores trabalharam com um painel de profissionais especialistas na área gerontológica. A medida adotada para validação do conteúdo de forma quantitativa foi o IVC e o instrumento validado obteve IVC geral de 0,82, sendo satisfatório, segundo ponto de corte adotado: $\geq 0,80$ (WANG *et al.*, 2010).

Neste sentido, percebe-se que este presente estudo vai ao encontro ao acima descrito, já que também selecionamos para a composição do painel de juízes, especialistas na área da geriatria e gerontologia e o IVC também foi utilizado. Contudo, ressalta-se o maior rigor devido à adoção do ponto de corte de 0,90 para S-IVC/ Ave e a utilização do Kappa modificado para corrigir o IVC à concordância ao acaso, bem como do RVC.

Para além da análise quantitativa, em nosso trabalho foi realizada a análise qualitativa por meio da deliberação dos comentários e sugestões dos juízes pelo comitê avaliativo. A maioria dos comentários foram relativos à clareza dos itens, poucos foram os comentários sobre representatividade, isto mostra que grande parte das questões eram relevantes para o conceito abordado e para o domínio designado, contudo não estavam redigidos da forma mais compreensível. Outra sugestão frequente foi quanto à incompletude dos enunciados que em muitos casos precisava das alternativas para serem compreendidas, mas ainda assim, em alguns itens, quando se lia o enunciado e a resposta considerada correta, a afirmativa não fazia sentido.

Diante destas problemáticas, para garantir o correto desenvolvimento dos itens de um instrumento de medida, existem critérios descritos na literatura a serem seguidos, como: deve-se apresentar apenas uma questão por vez; o item deve ser redigido com clareza; deve avaliar o conceito que está sendo medido; deve ser diferentes dos outros itens, para que se evite questões redundantes que avaliam o mesmo aspecto do construto; o início do enunciado do item deve ser distinto, a fim de não fadigar os respondentes; devem ter validade aparente; e deve possuir quantidade suficiente de itens para que mensure todo o conceito avaliado (TERULIANO *et al.*, 2020).

Ressalta-se que no estudo atual não foram executadas inclusões, nem exclusões de itens no instrumento. Tal decisão foi tomada mediante às orientações de um especialista em tradução, adaptação e validação de instrumentos psicométricos, pois estas etapas exigem procedimentos metodológicos e estatísticos específicos aos quais fugiam do objetivo deste presente estudo,

bem como do campo de conhecimento da pesquisadora e, exigiam tempo de execução que o nível de mestrado não permite.

Dito isto, nossos resultados se diferem do trabalho que revisou e validou quanto ao conteúdo, face e construto o FAQ 1 para o contexto de estudantes de enfermagem holandeses, que contou com a análise do instrumento por especialistas em gerontologia de forma qualitativa e não utilizou nenhum método quantitativo. Os autores excluíram três itens do instrumento original de Palmore (1977), sendo o item que abordava a religiosidade das pessoas idosas e o item que versava sobre os acidentes em motoristas idosos, pois os especialistas julgaram tais questões irrelevantes. Ainda, outra questão excluída tratava do *status* de saúde e econômico das pessoas idosas no ano de 2010, pois era uma questão datada. O trabalho holandês incorporou dois novos itens, um sobre a expectativa de vida para homens e mulheres e o risco de lesão física (VAN DER ELST, *et al.*, 2014).

Finalmente, ressalta-se que a etapa de avaliação da validade de conteúdo foi realizada totalmente online, sendo um ponto positivo, pois supera a limitação geográfica e possíveis constrangimentos que dificultariam a comunicação (DIAS *et al.*, 2022).

2.5.2 Estudo transversal

2.5.2.1 Caracterização da amostra

Referente à amostra estudada de gestores e profissionais de saúde da atenção primária (n = 115), percebeu-se a predominância de mulheres; os participantes apresentaram média de idade de 38,06 anos (DP = 8,01); pouco tempo de atuação na APS, embora o tempo de formação para a maioria tenha sido maior que 10 anos. Também, a maioria dos participantes relatou ser Pós-Graduado (Especialização *lato sensu* ou *stricto sensu*).

Os resultados corroboram a literatura nacional acerca do perfil dos profissionais da atenção primária, que apontam uma tendência a feminilização dos profissionais e gestores de saúde, que são em geral jovens, que atuam há pouco tempo nos serviços primários e, que possuem Pós-Graduação, este último, por sua vez, reflete uma iminente necessidade de qualificação para o serviço em saúde (ALMEIDA LIMA *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016; VENDRUSCOLO *et al.*, 2020).

Quanto à formação acadêmica, a amostra foi composta em sua maioria por profissionais formados em enfermagem, nutrição e fisioterapia. A maior proporção de enfermeiros pode ser explicada pela composição da nossa amostra que contou com gestores de saúde para além dos

profissionais, concordando com estudos publicados que relatam a prevalência de enfermeiros de formação nos cargos de gestão dos serviços de atenção básica (COELHO *et al.*, 2015; HENRIQUE; ARTMANN; LIMA, 2019).

Da mesma maneira, a maior proporção nutricionistas e fisioterapeutas se deu devido à inclusão destas profissões nas equipes do NASF. Estes achados suportam o que demonstra a literatura, como no trabalho de Vendruscolo *et al.* (2020) que avaliou o perfil de nasfianos de 149 municípios de Santa Catarina, identificando a maior prevalência em ordem decrescente de psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas. Os autores reforçam que estas profissões se ligam às maiores demandas de saúde da APS que incluem problemas de saúde mental, de saúde óssea, muscular e articular e cardiovasculares. Neste sentido, destaca-se o papel dos gestores de saúde, devido a responsabilidade de definição das categorias profissionais que atuarão de modo complementar às equipes básicas de acordo com as necessidades da população territorial (BRASIL, 2017).

A maioria da amostra possuía experiência profissional anterior ao cargo atual. Este achado é confirmado pelo estudo de Almeida Lima *et al.* (2016) em que todos os enfermeiros entrevistados reportaram possuir experiência profissional anterior. Também, Tomasi *et al.* (2008) relataram que a minoria dos profissionais de saúde avaliados em seu estudo, em municípios do sul e nordeste do Brasil, estava em seu primeiro emprego.

Quanto à caracterização de acordo com as variáveis relativas à Geriatria e Gerontologia, na amostra do estudo atual, apenas 9,04% tinham especialização na área e ainda, a minoria (31,30%) havia realizado cursos de atualização/capacitação sobre envelhecimento humano durante a carreira profissional. Contudo, a maioria cursou disciplinas relativas à área gerontológica na graduação (63,39%), teve vivência prática com pessoas idosas na graduação (77,68%) e 95,70% conviviam com pessoas idosas fora do ambiente de trabalho.

O estudo de Labegalini *et al.* (2020) com profissionais da ESF, identificou que apenas um dos 14 participantes havia tido contato com alguma atividade sobre a pessoa idosa na graduação e ainda, apenas três relataram ter tido algum contato com a temática na Pós-Graduação.

Do mesmo modo, Reis *et al.* (2017) ao avaliarem o conhecimento sobre a velhice de uma equipe de enfermagem hospitalar, identificaram que não houve nenhum relato de especialização em geriatria/gerontologia. Relataram também que a maioria (75,70%) não havia tido contato com conteúdos relativos à área na graduação e dentre os que tiveram, nenhum profissional foi exposto a este conteúdo em disciplinas específicas sobre envelhecimento. Igualmente, a realização de cursos na área também foi baixa, representando 12,59% da amostra.

Este fato da distância dos profissionais da APS com a temática do envelhecimento humano também foi identificado por Vieira *et al.* (2019) que avaliaram conhecimentos e atitudes sobre a velhice de médicos da APS em Goiás, em que apenas 28,60% da amostra se especializaram em Geriatria/Gerontologia, 38,80% realizaram cursos sobre a temática, 22,40% moravam com pessoas idosas e 75,50% relataram não ter experiência anterior com pessoas idosas antes da atuação na atenção primária. Apesar disto, os autores verificaram que a maioria cursou disciplinas de Geriatria/Gerontologia na graduação.

Da mesma forma, Neri e Jorge (2006) ao avaliar estudantes da área da saúde e educação verificaram que a minoria cursou alguma disciplina da área gerontológica, mas a maioria havia tido contato com conteúdos sobre a mesma. Os cursos de enfermagem e educação física foram aqueles que mais tiveram disciplinas e os que menos tiveram, foram pedagogia e medicina. Ainda, 62,00% relatou conviver com pessoas idosas, taxa inferior a encontrada no estudo atual.

Isto mostra que os profissionais desvalorizam a formação em Geriatria/Gerontologia porque esta é vista como uma especialidade de pouco prestígio social (REIS *et al.*, 2017). Porém, a reflexão sobre a formação de profissionais com conhecimento sobre a saúde da pessoa idosa tem aumentado devido às políticas públicas relacionadas à saúde dessa população, com vistas a priorização da atenção primária e às ações de promoção de saúde (CARVALHO; HENNINGTON, 2015), reforçando a importância da capacitação destes indivíduos, pois garantirá o conhecimento de aspectos relacionados ao envelhecimento tanto à nível de saúde, como de cidadania, políticas públicas, tecnologias e recursos para a prestação de assistência à saúde a este público (REIS *et al.*, 2017).

2.5.2.2 Atitudes em Relação à Velhice

Concernente às atitudes em relação à velhice, a avaliação da consistência interna pelo *Alfa de Cronbach* da Escala Neri foi de 0,91 para a amostra de profissionais e gestores de saúde, conferindo consistência muito elevada (PASQUALI, 1998). Este achado demonstra que os itens do instrumento estão inter-relacionados e que eles medem o mesmo construto, isto é, atitudes em relação à velhice (ARAFAT *et al.*, 2016; SOUZA; ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017).

Ademais, diversos estudos brasileiros também investigaram a consistência interna da escala, como mostra um trabalho que aplicou o instrumento a estudantes de graduação das áreas de educação e saúde, em que foi encontrado um Alfa de 0,891 (NERI; JORGE, 2006). Ainda, Cachioni (2002) encontrou um valor de 0,919 para amostra de docentes de gerontologia e

Luchesi *et al.* (2016) que aplicaram a Escala Neri à cuidadores de pessoas idosas, obtiveram um alfa de 0,890.

Dito isso, os gestores e profissionais de saúde da APS avaliados, apresentaram atitudes positivas em relação à velhice (2,81; DP = 0,48), embora este valor revele uma tendência à neutralidade. Quanto à análise descritiva por domínios fatoriais, esta também se traduziu em atitudes positivas, já que todas as pontuações médias foram menores que 3,00. Com isso, o domínio avaliado mais positivamente foi o Relacionamento Social, que conjectura aspectos afetivo motivacionais (BRITO, 2014) e o domínio avaliado de forma menos positiva foi o Agência, que se relaciona à autonomia e independência da pessoa idosa (CACHIONI, 2002). Também, na análise por domínios, ficou evidente uma tendência à atitudes neutras, baseado principalmente na avaliação das medianas.

Já na análise por itens, a avaliação mais positiva foi para o julgamento da pessoa idosa como construtiva e o item avaliado mais negativamente foi sobre a rapidez/lentidão da pessoa idosa, em que os participantes apresentaram atitudes neutras.

Nossos resultados corroboram os de Neri e Jorge (2006) que ao avaliarem estudantes de áreas da educação e saúde (pedagogia, medicina, educação física e enfermagem) também encontraram avaliações gerais positivas, sendo o domínio com avaliação mais favorável, o domínio Relacionamento Social e o menos favorável, o domínio Agência. Para além disso, os conceitos mais e menos avaliados positivamente, foram, respectivamente, sábio e rápido (NERI; JORGE, 2006), o que difere do resultado encontrado neste presente estudo apenas para o item com avaliação mais positiva, pois o conceito construtivo e, não o sábio foi o avaliado mais positivamente.

Ainda sobre os autores Neri e Jorge (2006), estes discutem que o domínio Relacionamento Social ter tido a avaliação mais positiva pode estar relacionado ao contato com experiências afetivas otimistas ou ainda, as pessoas que responderam à escala podem ter sido levadas a pontuarem de forma positiva para os itens de cunho mais afetivo, pois se respondessem de forma negativa, isto estaria ligado à crenças e atitudes preconceituosas. Da mesma maneira que o domínio Agência ter sido avaliado mais negativamente pode refletir a influência de saberes sobre a pessoa idosa e o processo de envelhecimento, bem como de uma visão mais realista devido ao trabalho/estudo com e sobre a pessoa idosa.

Esta explicação pode se estender ao estudo atual, visto que as pessoas idosas se constituem a faixa etária que mais utiliza os serviços de saúde (RECHEL *et al.*, 2013; ROBB; CHEN; HALEY, 2002), a maioria dos profissionais e gestores avaliados relatou conviver com

peessoas idosas para além do ambiente de trabalho e obtiveram bons conhecimentos acerca do envelhecimento.

De fato, Schüttengruber *et al.* (2021) em seu trabalho com estudantes austríacos de enfermagem, humanidades e medicina, utilizando o Diferencial Semântico do Envelhecimento (ASD), encontraram atitudes negativas para os itens relativos à instrumentalidade e autonomia, ressaltando que estas avaliações reforçam a crença de que as pessoas idosas são frágeis e dependentes.

Luchesi *et al.* (2016) que utilizaram a Escala Neri em cuidadores de pessoas idosas, também encontraram maior positividade para o domínio Relacionamento Social e menor para o domínio Agência, em que o escore total revelou atitudes neutras. Os autores identificaram que para o domínio Agência, prestar cuidados à uma pessoa idosa dependente em atividades de vida diária (AVD's) se associou à pontuações mais negativas, sugerindo que a convivência com pessoas idosas dependentes pode estar relacionada à atitudes mais negativas para tal domínio.

Assim sendo, esta pode ser uma das possíveis explicações para o resultado encontrado no estudo atual, pois a maioria da amostra convivia com pessoas idosas, contudo não é possível afirmar, visto que a convivência com pessoas idosas não foi questionada com relação à sua dependência. Apesar desta limitação, um estudo recente reforçou que pouco convívio com pessoas idosas é um dos preditores do idadismo, que compreende em seu arcabouço, as atitudes (PODHORECKA *et al.*, 2022).

Nesta perspectiva, é evidente que não só a nível individual, mas social e estrutural, estão enraizados estereótipos que aparentemente são benéficos, mas que na realidade prejudicam a pessoa idosa, refletindo até mesmo nas políticas voltadas à esta população, pois como Minó e Melo (2021) descreveram em seu estudo, o Estatuto da Pessoa Idosa, em seu artigo 3º coloca como dever da comunidade, sociedade, Poder Público e da família a garantia do direito à saúde à pessoa idosa, o que tira o protagonismo do indivíduo que passa a ser passivo e coadjuvante de sua própria vida. Isto leva a um ciclo vicioso, pois as pessoas então, por considerarem a pessoa idosa frágil, tenderão à superproteção, o que comprometerá sua autonomia, impactando, por exemplo, nos resultados dos estudos como pôde-se observar: conceitos sobre a pessoa idosa relacionadas a sua instrumentalidade, autonomia e independência (Domínio Agência) tenderam à avaliações mais negativas.

Quanto à outros estudos que tenham sido realizados no âmbito da atenção primária, nossos achados corroboram os de Ferreira e Ruiz (2012) que na amostra estudada de agentes comunitários de saúde de Marília, São Paulo encontraram tendência à atitudes positivas na Escala Neri, bem como avaliação mais positiva para o domínio Relacionamento Social e menos

positivas para o domínio Agência. O conceito avaliado mais negativamente também foi “o idoso é rápido/lento”. A única divergência deste presente estudo com os resultados de Ferreira e Ruiz (2012) se deu para o conceito avaliado mais positivamente, que fora o sábio, enquanto encontramos o conceito construtivo.

Contudo, os resultados de nossa pesquisa, são contrários ao encontrados por Vieira *et al.* (2019), realizado com médicos da APS em Goiás, já que os autores identificaram uma tendência à atitudes negativas, o domínio Relacionamento Social foi pontuado mais negativamente e o domínio Agência foi àquele avaliado mais positivamente. Ainda, o item sábio foi avaliado de forma mais positiva.

No estudo atual, quando comparados os escores da Escala Neri com as variáveis de interesse, apenas a convivência com pessoas idosas apresentou valores significativos, em que aqueles participantes que conviviam com pessoas idosas tiveram pontuação mais positiva para o domínio Cognição.

Assim, sugerimos que do mesmo modo que o contato próximo com pessoas idosas se relaciona a uma visão mais realista levando à atitudes negativas, o contrário também pode ser verdadeiro, pois ao conviver com pessoas idosas, além de uma visão realista, desenvolve-se uma visão mais contextualizada sobre a pessoa idosa (CACHIONI, 2002). Desta maneira, muitas crenças e estereótipos de que estes não são capazes de solucionar problemas, de processar adequadamente as informações e de ter boas capacidades cognitivas são desfeitas e substituídas por atitudes mais positivas.

Ainda considerando a análise segundo variáveis, Neri e Jorge (2006) encontraram atitudes mais positivas para o fator Persona entre aqueles indivíduos que conviviam com pessoas idosas. Ao compararem os resultados da escala com as variáveis sexo e curso, as mulheres e os estudantes de medicina tiveram atitudes mais positivas.

Cachioni (2022) encontrou em seu estudo com docentes de Universidades Abertas à Terceira Idade que especialistas em gerontologia e docentes que tinham trabalhado anteriormente com pessoas idosas tiveram avaliações mais negativas na Escala Neri, enquanto aqueles com curso de pós-graduação *stricto sensu* e os especialistas em geriatria/gerontologia pontuaram mais negativamente para o domínio Agência.

Outro trabalho não encontrou diferença nas pontuações da escala quando comparadas às variáveis acadêmicas e sociodemográficas (VIEIRA *et al.*, 2019).

Sumariamente, nossos resultados de atitudes gerais positivas corroboram os achados de vários estudos internacionais que avaliaram atitudes em relação à velhice, como trabalhos de Ghimire *et al.* (2019) em estudantes de enfermagem no Nepal, Hernández *et al.* (2020) em

estudantes de fonoaudiologia no Chile, de Karis Allen *et al.* (2021) com farmacêuticos clínicos no Canadá, de Yao *et al.* (2021) em estudantes de enfermagem na China, Cheng (2021) também em estudantes de enfermagem na China. Todos estes trabalhos avaliaram as atitudes por meio da Escala de Kogan. Contudo, se difere do estudo de Milutinóvic *et al.* (2015) que avaliaram as atitudes de estudantes de áreas de saúde na Sérvia, pois encontraram uma tendência à neutralidade e do estudo de Rababa *et al.* (2020) que encontraram atitudes negativas em enfermeiros jordanianos.

Em conclusão, nossos achados apontaram uma tendência geral positiva para as atitudes dos profissionais e gestores de saúde avaliados. Este fato pode se explicar devido às características da nossa amostra, que em sua maioria eram mulheres; tinham Pós-Graduação, apresentaram conhecimentos sobre a velhice e que conviviam com pessoas idosas. Estes fatores, concordam com os determinantes do idadismo interpessoal relatados no Relatório Mundial do Idadismo, que coloca como fator de proteção a maior escolaridade, ser do sexo feminino, ter maior conhecimento sobre o envelhecimento, ter maior contato com as pessoas idosas, entre outros (OPAS, 2022).

Contudo, as atitudes se aproximavam da neutralidade, isto pode conjecturar o comportamento dos respondentes que ao se sentirem pressionados à responderem de forma socialmente aceitável, pontuaram mais positivamente. Desta forma, para driblar esse percalço, a avaliação de atitudes de forma anônima pode ser promissora para captar avaliações mais sinceras (KARIS ALLEN *et al.*, 2021).

Também, estes resultados podem se dever à heterogeneidade das experiências das pessoas idosas, que somadas ao aumento do conhecimento sobre a fase da velhice levam a percepções diversas e multifacetadas, apoiando a literatura que aponta que as atitudes, estereótipos e preconceitos se relacionam a fatores sociais, econômicos, culturais, históricos e por vivências individuais, profissionais e familiares (CACHIONI, 2002).

Em resposta à isso, deve-se fomentar o engajamento de estratégias promissoras contra o preconceito etário, para que se reafirmem e se consolidem as atitudes positivas, não havendo retrocessos, destacando-se especialmente àquelas recomendadas pelo Relatório Mundial do Idadismo: a) políticas e leis, b) intervenções educacionais, c) experiências de contato intergeracional (OPAS, 2022).

2.5.2.3 Conhecimentos básicos sobre a velhice

Antes de iniciar este tópico, lembramos que como explanado no Referencial Teórico-Metodológico desta pesquisa, os trabalhos que avaliam conhecimentos sobre a pessoa idosa em geral também avaliam atitudes em relação à velhice. Deste modo, alguns dos estudos citados no tópico anterior são apresentados a seguir para discussão dos resultados de conhecimento geral gerontológico.

O Questionário Palmore-Neri-Cachioni Atualizado e Revisado (2022) foi aplicado para a identificação de conhecimentos básicos sobre a velhice dos gestores e profissionais de saúde avaliados. A consistência interna pelo *Alfa de Cronbach* foi 0,58, *i.e.*, consistência interna baixa (PASQUALI, 1998).

Este valor está abaixo do encontrado por Rababa *et al.* (2020) com 0,65; Wang *et al.* (2010) com 0,68; Van der Elst *et al.* (2014) com 0,723; Cachioni (2002) com 0,7545; e Yao *et al.* (2021) com 0,862. Entretanto foi superior aos valores encontrados por Milutinović *et al.* (2015); Neri e Jorge (2006) e Zisberg, Topaz e Band-Wintershtein (2014) que foram respectivamente 0,41; 0,488 e 0,55. Ressalta-se que todos os instrumentos dos estudos acima foram oriundos da versão do FAQ 1 de Palmore (1977), aplicados em diferentes públicos-alvo, contextos e versões/adaptações.

Assim, de acordo com Palmore a consistência interna do instrumento varia de 0,50 a 0,80 (ZISBERG; TOPAZ; BAND-WINTERSHTEIN, 2014). Neste sentido, o resultado deste presente estudo se aplica a esta afirmação, porém, de acordo com Pillatti, Pedroso e Gutierrez (2010) e Paucca Gonzales, Rafayle Cuadra e Andrade Torre (2020) não atingiu o valor considerado por muitos autores, satisfatório: 0,70.

Por conseguinte, as diferenças nos resultados do *Alfa de Cronbach* nos diversos estudos que utilizaram o instrumento de Palmore, pode se justificar devido a diferença na quantidade de itens dos questionários, já que estes são resultantes de variadas versões e adaptações do mesmo e devido a homogeneidade da amostra, pois um reduzido número de itens e uma amostra homogênea podem levar a consistência interna mais baixa (LUCHETTI *et al.*, 2018).

Também, o fato da consistência interna do Questionário Palmore-Neri-Cachioni Atualizado e Revisado (2022) ter se mostrado baixa, pode ser explicado diante da alcance do construto avaliado pelo instrumento, que está relacionado à conhecimentos gerais gerontológicos, que é um campo muito amplo, o que leva a concepção de que os itens possam avaliar dimensões distintas, sendo esta uma limitação concebida na base teórica que respaldou a construção dos itens do questionário (LUCHETTI *et al.*, 2018; MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2013; VAN DER ELST *et al.*, 2014).

Apesar disto, acentuamos que o *Alfa de Cronbach* é uma estimativa de consistência interna chamada de “*lower-bound to reliability*”, *i.e.*; uma estimativa de limite inferior para confiabilidade, o que induz a uma subestimação do valor obtido, portanto, levando tal informação em consideração, esta pode ser uma das justificativas por trás do valor encontrado no estudo atual (SIJTSM, 2008).

Quanto ao tempo gasto para preenchimento do questionário, em média os respondentes levaram 10 minutos (DP = 6,23), o dobro do que apontou Palmore (1977). Supõe-se que este achado se explique devido ao formato do questionário utilizado em nosso estudo, que é de múltipla escolha, enquanto a versão original era de formato verdadeiro ou falso, contendo apenas uma sentença afirmativa, enquanto a do estudo atual continha quatro afirmativas, o que demanda um tempo maior para leitura e reflexão, até a resposta. Apesar disto, o tempo de 10 minutos ainda pode ser considerado um bom tempo de preenchimento.

Em média, o percentual de acertos dos profissionais e gestores de saúde no questionário foi de 63,83% (DP = 15,40), o equivalente a 15,96 do total de 25 pontos. Para os domínios, aquele mais acertado foi o cognitivo seguido do domínio físico e o menos acertado foi o psicológico, seguido do domínio social, evidenciando descritivamente que os participantes tinham maior conhecimento dos aspectos cognitivos e físicos e menor conhecimento dos aspectos psicológicos do envelhecimento.

Também quanto aos itens, o item com maior percentual de acertos foi o item 06 que versa sobre a força física em pessoas idosas e o item que obteve menor acerto foram os itens 05 (satisfação com a vida entre as pessoas idosas – domínio psicológico) e 10 (pessoas idosas que se mantêm ativas – domínios psicológico, social e físico).

Nossos resultados vão ao encontro do reportado por Cachioni (2002) em sua amostra de docentes de UNATI's, já que assim como neste presente trabalho, o item mais acertado foi o 06 e os menos acertados, os itens 05 e 10. Quanto aos domínios, os mais acertados foram o físico e cognitivo e menos acertados, psicológico e social.

Além disso, um trabalho realizado com estudantes de graduação das áreas de educação e saúde evidenciaram uma média de acertos de 41,00%, porcentagem inferior à encontrada no estudo atual, sendo o domínio com maior acerto o físico e menor acerto, o domínio social. O item mais pontuado foi o 14 e o menos pontuado foi o 10 (NERI; JORGE, 2006).

Reis *et al.* (2017) ao avaliarem a equipe de enfermagem de um hospital da rede pública encontrou um baixo nível de conhecimento, já que a média de acertos foi 40,00%. Os itens mais assinalados corretamente foram relativos aos aspectos físicos, seguidos dos cognitivos e o

menos acertado foi relacionado aos aspectos sociais, sendo as questões 06 e 07 as com mais e menos acertos.

Quanto aos estudos realizados no âmbito da APS, o trabalho de Ferreira e Ruiz (2012) também encontrou maior acerto para o item 06, com os aspectos psicológicos e sociais sendo os menos conhecidos. Contudo, relataram que a média de acertos foi 40,00%, valor consideravelmente menor do que o encontrado no trabalho atual.

Também, Vieira *et al.* (2019) encontraram que os médicos da atenção primária tiveram uma baixa porcentagem de acertos no questionário, o que contrasta com nossos achados. Os domínios mais assertivos foram o cognitivo, seguido do físico e o menos assertivo foi o social, refletindo nos itens, pois o mais acertado foi o item 06 (domínio físico) e menos acertado, o item 17 (domínio social).

Ao considerar as variáveis, em nosso estudo, o sexo masculino apresentou maior conhecimento geral e maior conhecimento sobre os aspectos físicos do envelhecimento do que o sexo feminino, podendo ser esclarecido pelo fato dos homens da amostra terem cursado disciplinas relativas à área gerontológica e terem vivência prática com pessoas idosas na graduação, em maiores proporções do que as mulheres. Também, os participantes que relataram possuir experiência profissional anterior tiveram maior conhecimento sobre questões sociais da velhice e da pessoa idosa, o que pode ser justificado pelas ocupações precedentes que foram frequentes na amostra, sendo estas os hospitais e UBS (que recebem em sua maioria pessoas idosas) e Instituições de Longa Permanência para Idosos (Apêndice R).

Deste modo, a Teoria do Contato postula que conforme aumenta o contato de um indivíduo com um grupo externo, mais conhecimento será adquirido sobre ele (RABABA *et al.*, 2020), pode explicar o maior conhecimento geral e dos aspectos físicos para os homens, já que estes tiveram maior vivência prática com pessoas idosas na graduação do que as mulheres e também pode explicar os maiores conhecimentos sobre os aspectos sociais para aqueles indivíduos que já haviam experiência profissional, pois estes trabalhavam anteriormente em locais em que o contato com a população idosa era significativo, o que pode ter suscitado maiores conhecimentos sobre os aspectos sociais, como direitos, políticas públicas, e demais informações sobre a pessoa idosa e o processo de envelhecimento.

Além disso, observa-se que a relação entre conhecimentos sobre a pessoa idosa e o sexo é controversa na literatura, pois os estudos em geral, não encontraram relação entre sexo e conhecimento (CHENG, 2021; KARIS ALLEN *et al.*, 2021). Em contrapartida, Palmore (1981) afirmou que quando mantido constante a educação dos respondentes, as pontuações médias do questionário pouco se diferiam quanto ao sexo, etnia e faixas etárias e que a variável que mais

fortemente impactava nas pontuações era a educação. Neste sentido, nossos resultados corroboram a afirmação do autor, pois os respondentes que eram do sexo masculino tiveram maiores conhecimentos que as mulheres, já que estes tiveram maiores proporções de inserção em disciplinas gerontológicas.

Quanto ao resultado de outros estudos, Neri e Jorge (2006) encontraram que os homens tiveram melhor conhecimento geral e aqueles que cursaram disciplinas sobre Geriatria/Gerontologia pontuaram mais alto para o domínio físico.

Ferreira e Ruiz (2012) encontraram maiores acertos em agentes comunitários de saúde que eram especialistas em envelhecimento humano, tal qual os que atuavam em áreas com maior concentração de pessoas idosas.

Finalmente, no trabalho de Vieira *et al.* (2019), para o domínio psicológico, as mulheres e os médicos com menos de 10 anos de atuação tiveram melhor desempenho no questionário, reforçando que os resultados relativos às mulheres poderiam ser explicados devido ao maior cuidado com as questões psicológicas da pessoa idosa.

Internacionalmente, de forma geral foi possível verificar que os resultados deste presente estudo se diferiram de alguns trabalhos que encontraram menor nível de conhecimento em suas amostras (GHIMIRE *et al.*, 2019; LAMBRINOU *et al.*, 2009; MILUTINÓVIC *et al.*, 2015; RABABA *et al.*, 2020; YAO *et al.*, 2021; ZISBERG; TOPAZ; BAND-WINTERSHTEIN, 2014). Mas também foi identificado um estudo que encontrou conhecimentos mais elevados (KARIS ALLEN *et al.*, 2021).

Entretanto, a pontuação média de 15,96 pontos evidenciada no estudo atual se assemelhou a pontuação encontrada por Cheng (2021) que descobriu uma média de 15,10 pontos para a amostra de estudantes de graduação em enfermagem de Hong Kong na China.

Finalmente, o nível de conhecimento encontrado na amostra estudada pode se justificar diante das características da mesma, conforme já mencionado anteriormente: a) a maioria da amostra composta por profissionais de saúde, para além do gestores de saúde da APS, que em decorrência da profissão e da premissa de que o público de maior atendimento são pessoas idosas (FERREIRA; RUIZ, 2012) estão expostos a um considerável contato com esta parcela da população; b) a maioria da amostra cursou disciplinas relativas ao envelhecimento humano na graduação, teve experiência prática com pessoas idosas na graduação e convivia com pessoas idosas. Estes pontos emergem novamente a Teoria do Contato, incidindo em maiores conhecimentos sobre a pessoa idosa. As atitudes positivas, então, podem ser um reflexo destes conhecimentos sobre a velhice, contudo a tendência à neutralidade identificada aponta para a heterogeneidade do envelhecimento também já abordada antes.

Também ressaltamos que a pontuação obtida pela amostra pode ter sofrido influência das melhorias realizadas no instrumento decorrentes das etapas de atualização e validação realizados, pois muitos itens sofreram melhorias, já que não estavam redigidos claramente. O que reforça a importância dos itens de um instrumento serem claros e compreensíveis pela população a que se destinam, pois podem afetar a avaliação dos resultados obtidos.

Todavia, o maior conhecimento dos aspectos cognitivos e físicos em detrimento dos psicológicos e sociais, revelam a formação reducionista destes profissionais e gestores, evidenciando a priorização dos aspectos biológicos em relação aos aspectos psicológicos e sociais, se contrapondo ao que é considerado essencial em um profissional que lida com a saúde da pessoa idosa, já que estes, deveriam considerar a saúde no seu âmbito biopsicossocial, atendendo a pessoa idosa em sua integralidade (CARVALHO; HENNINGTON, 2015; VIEIRA, 2019).

Assim, a mudança nos currículos de ensino para esta abordagem mais ampla e assertiva em relação ao envelhecimento, associada a intervenções educacionais promissoras, como atividades baseadas na empatia e contato intergeracional, implicarão maiores conhecimentos e poderão reforçar as atitudes positivas (OPAS, 2022).

2.5.2.4 Atitudes e Conhecimentos acerca da pessoa idosa

Finalmente, na amostra estudada, maiores conhecimentos não se relacionaram à atitudes mais positivas. Contudo, na correlação dos itens da Escala Neri com o percentual médio de acertos do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), maiores conhecimentos sobre a velhice se correlacionaram fraca e positivamente com os itens 03 e 04, ou seja, os indivíduos que tinham maiores conhecimentos sobre a velhice consideravam a pessoa idosa mais mal-humorada e rejeitada, podendo ser um reflexo das experiências vivenciadas no ambiente de trabalho com este público, já que lidam com pessoas idosas com problemas de saúde (YANG *et al.*, 2013). Também houve uma correlação negativa com o item 19, em que os indivíduos com maiores conhecimentos consideraram a pessoa idosa mais generosa, implicando na relação já documentada entre atitudes mais positivas e maiores conhecimentos (CACHIONI, 2002).

Não foram encontrados trabalhos que correlacionaram os itens da Escala Neri com o total de acertos no Questionário de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice. No entanto a correlação entre conhecimentos e atitudes foi diversa entre os estudos: Neri e Jorge (2006); Podhorecka *et al.* (2022) encontraram maiores conhecimentos relacionados à atitudes mais

negativas; Ghimire *et al.* (2019), Karis Allen *et al.* (2021); Milutinóvic *et al.* (2015) encontraram que maiores conhecimentos se relacionaram à atitudes mais positivas; Cheng (2021) não encontrou relação entre conhecimentos e atitude.

Esta contradição encontrada nos estudos deve-se aos diferentes instrumentos utilizados, às limitações metodológicas e de amostragem e também à aspectos culturais (DONIZZETTI, 2019). Com isso, pode ser importante a realização de mais pesquisas para se determinar a relação causal entre atitudes e conhecimentos, diante dos resultados divergentes na literatura (CHENG, 2021).

2.5.3 Pontos fortes, limitações e recomendações para estudos futuros

Este estudo apresenta pontos fortes como a atualização do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice que colabora para a adequada identificação de conhecimentos gerais gerontológicos, pois reflete dados recentes da literatura científica e da realidade brasileira sobre o construto avaliado.

Ainda sobre a atualização, destacamos o procedimento adotado para atualizar as respostas do questionário, já que foi conduzido de forma criteriosa, contando com a contribuição de profissionais peritos na área gerontológica. Além disso, foram disponibilizadas não só as referências que suportaram a alteração das respostas, mas também aquelas que respaldaram a permanência das respostas originais.

Do mesmo modo, quanto à validade de conteúdo, incluindo a de face, salienta-se como pontos fortes a utilização de medidas de validade de conteúdo que são recomendadas e amplamente utilizadas na literatura nacional e internacional; a obtenção de um instrumento cujos itens são claros e relevantes para o conceito avaliado; a investigação da praticabilidade que garantiu a máxima adequação do questionário à população a que se destina, além do apoio da autora da versão traduzida e adaptada para o português em todo o processo.

Quanto ao estudo transversal, a inclusão dos gestores de saúde na amostra, também se insere como ponto forte, já que até onde se sabe, não há publicações sobre atitudes e conhecimentos acerca da pessoa idosa envolvendo este público.

Contudo, destaca-se também, algumas limitações como o uso da Escala Neri para avaliação das atitudes em relação à velhice, devido à ausência de avaliação de sua validade de forma sistemática, por métodos reconhecidos cientificamente. Destacamos portanto, que optou-se por utilizar a Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice na presente pesquisa, considerando o curto tempo de execução do Mestrado, a ampla utilização do instrumento no

país, sua utilização nos estudos sendo complementada pelo Questionário Palmore-Neri-Cachioni e a recomendação pela literatura de utilização de instrumentos já existentes em detrimento da construção de um novo instrumento.

Também reconhecemos a limitação da avaliação exclusiva da validade de conteúdo do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), pois esta é subjetiva e pode refletir avaliações tendenciosas, equivocadas e insuficientes dos especialistas, afetando o estudo (MEDEIROS, *et al.*, 2015; POLIT; BECK; OWEN, 2007).

Ainda, reportamos a dificuldade de interpretação das pontuações ou porcentagens médias de acertos do Questionário Palmore-Neri-Cachioni e de diálogo destes resultados com dados da literatura, pois como não há pontos de corte para o instrumento, há uma heterogeneidade na classificação e na forma de apresentação das pontuações ou porcentagens médias nos trabalhos que utilizaram o instrumento.

Sobre o estudo quantitativo, se apresentam como limitações o delineamento transversal, pois não permite estabelecer relações causais e a amostra por conveniência.

Tendo dito isso, algumas recomendações são efetuadas para trabalhos futuros, como a avaliação das demais evidências de validade e confiabilidade do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022), a fim de atestar sua validade de forma completa e determinar o modelo estrutural do instrumento, sendo possível buscar soluções para o problema da consistência interna insatisfatória.

Recomenda-se também, a avaliação de conhecimentos e atitudes acerca da pessoa idosa em uma amostra representativa da população, bem como com delineamento longitudinal, pois confirmaria os resultados encontrados no estudo atual.

Além disso, recomenda-se que os resultados obtidos neste estudo subsidiem a realização de intervenções para reafirmação das atitudes positivas e melhorias curriculares durante a graduação, bem como na educação permanente e continuada para a aquisição de maiores conhecimentos sobre o envelhecimento sob uma ótica biopsicossocial.

Ademais, destaca-se que a avaliação da validade de conteúdo (incluindo a de face) do Questionário Palmore-Neri-Cachioni – Atualizado e Revisado (2022) foi conduzida para o contexto de profissionais e gestores de saúde da atenção primária, devendo-se ter cautela ao extrapolar a utilização deste instrumento em áreas e contextos demasiadamente distintos. Assim, sua aplicação é indicada principalmente em contextos similares.

Do mesmo modo, devido ao caráter edumétrico do instrumento e de suas questões baseadas em dados empíricos, alerta-se que novas atualizações e avaliação de validade podem ser necessárias com o decorrer dos anos.

Finalmente, diante de todo o procedimento metodológico conduzido nesta pesquisa, recomenda-se que os pesquisadores brasileiros que pretendem medir os conhecimentos básicos gerontológicos de sua amostra ou população de estudo por meio do instrumento de Cachioni (2002), utilizem a versão resultante deste presente trabalho em suas avaliações, já que se trata de uma versão atualizada e revisada de acordo com referências compatíveis ao cenário brasileiro.

3 CONCLUSÃO

As atitudes e conhecimentos acerca da pessoa idosa são dois importantes construtos de avaliação, considerando uma sociedade que tem caminhado para a longevidade. Da mesma forma, a Atenção Primária à Saúde é o nível de assistência que deve ser suficiente para a resolução da maioria dos problemas de saúde da pessoa idosa, sendo os profissionais e gestores de saúde, importantes atores neste contexto.

Com isso, a avaliação de atitudes e conhecimentos frente à pessoa idosa se constituem importantes aspectos de investigação, pois podem refletir na adequada prestação de serviços em saúde primários à esta população. Assim, os resultados gerados na investigação destes dois construtos podem e devem servir como subsídio para a realização de intervenções eficazes com vistas à promoção de um envelhecimento e longevidade saudáveis.

Desta forma, foi possível nesta pesquisa produzir uma versão atualizada e revisada quanto ao conteúdo (incluindo a validade de face) para o âmbito de profissionais e gestores de saúde da Atenção Primária. A Escala Neri apresentou uma consistência interna quase perfeita, enquanto o Questionário Palmore-Neri-Cachioni Atualizado e Revisado (2022) apresentou classificação moderada.

Da mesma forma, foi possível identificar que a amostra estudada tinha maiores conhecimentos sobre os aspectos cognitivos e menores conhecimentos dos aspectos psicológicos do envelhecimento e apresentou atitudes positivas em relação à velhice, não sendo observada relação entre essas duas variáveis. Também, o sexo masculino apresentou maiores conhecimentos gerais gerontológicos, assim como dos aspectos físicos do envelhecimento e os indivíduos que possuíam experiência profissional anterior, apresentaram maiores conhecimentos dos aspectos sociais do envelhecimento. Quanto as atitudes, a convivência com pessoas idosas resultou em uma avaliação mais positiva.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. R. T. C. de. *et al.* Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: Qualificando Agentes Comunitários de Saúde. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 13315-13323, set./out. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/17259>. Acesso em: 20 mai. 2021.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva** [Rio de Janeiro], v. 16, n. 7, p. 3061-3068, jul. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>. Acesso em: 03 abr. 2022.
- ALMEIDA LIMA, E. de F. *et al.* Perfil Socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família [Social and professional profile of family healthcare team members]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. e9405, jul. 2016. ISSN 2764-6149. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/9405>. Acesso em: 28 out. 2022.
- ALTIN, Z.; BURAN, F. Attitudes of health professionals toward elderly patients during the COVID-19 pandemic. **Aging Clinical and Experimental Research**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 1-10, Aug. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9391638/> Acesso em: 22 set. 2022.
- ALVES, J. E. D. Envelhecimento populacional continua e não há perigo de um geronticídio. **Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais**, UFJF, 21 jun. 2020. Disponível em: <https://www.ufjf.br/ladem/2020/06/21/envelhecimento-populacional-continua-e-nao-ha-perigo-de-um-geronticidio-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>. Acesso em: 10 abr. 2022.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**, 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf>. Acesso em: 03 abr. 2022.
- ARAFAT, Y. S. M, *et al.* Cross Cultural Adaptation & Psychometric Validation of Research Instruments: a Methodological Review. **Journl Behavioral Health**. [S.l.], v. 5, n. 3, p. 129-136, Jun. 2016. Disponível em: <http://www.jbehavioralhealth.com/article/Cross-cultural+adaptation+and+psychometric+validation+of+research+instruments%3A+A+methodological+review>. Acesso em: 23 out. 2022.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 21, n. 5, p. 1499-1510, jan. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4YY5zdQm83CjXCS8NfCZ3c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 mar. 2022.
- ARAÚJO, C. L. V. “Desconstruindo a velhice”: A caminho da saúde emocional e do sentido de vida. **Portal do Envelhecimento e Longevidade**, 18 mar. 2019. Disponível em:

<https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/desconstruindo-a-velhice-a-caminho-da-saude-emocional-e-do-sentido-de-vida/>. Acesso em: 10 abr. 2022.

ARCARI, J. M. *et al.* Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 25, n. 2, p. 407-420, fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.13092018>. Acesso em: 22 mar. 2022.

AYALON, L. *et al.* A systematic review of existing ageism scales. **Ageing Research Reviews**, [S.l.], v. 54, set. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6745621/>. Acesso em: 25 mar. 2022.

AYALON, L.; TESCH-RÖMER, C. Taking a closer look at ageism: self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. **European Journal of Ageing**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 1-4, Mar. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5550624/>. Acesso em: 25 mar. 2022.

AYRE, C.; SCALLY, A. J. Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio: Revisiting the Original Methods of Calculation. **Measurement and Evaluation in Counseling and Development**, [S.l.], v. 47, n. 1, p. 79-86, Jan. 2014. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0748175613513808>. Acesso em: 03 abr. 2022.

BANHATO, E. F. C.; RIBEIRO, P. C. C.; GUEDES, D. V. Satisfação com a vida em idosos residentes na comunidade. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, [Rio de Janeiro], v. 17, n. 2, p. 16-24, mar. 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/viewFile/40807/29318>. Acesso em: 26 out. 2021.

BÍBLIA. Romanos. Português. *In*: A Bíblia sagrada: antigo e novo testamento. Tradução de João Ferreira de Almeida. Brasília: Sociedade Bíblica do Brasil, 1969. p. 291-309.

BLOMKVIST, A. W. *et al.* Handgrip force steadiness in young and older adults: a reproducibility study. **BMC Musculoskeletal Disorders**, [S.l.] v. 19, n. 1, p. 1-9, Apr. 2018. Disponível em: <https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-018-2015-9>. Acesso em: 8 abr. 2022.

BRAGA, L. de S. *et al.* Perceived discrimination among older adults living in urban and rural areas in Brazil: a national study (ELSI-Brazil). **BMC Geriatrics**, [S.l.], v. 19, n. 67, Mar. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6399885/>. Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. [Constituição (1998)]. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em 09 abr. 2022.

BRASIL. Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Secretaria Especial dos

Direitos Humanos, 2004. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 07 mai. 2021.

BRASIL. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 02 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Fatos e números: Idosos e Família no Brasil**, Brasília, DF, [S.l.], 2021?. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/idosos-e-familia-no-brasil.pdf>. Acesso em 02 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, **Projeção da população do Brasil por sexo e idade simples: 2000-2060, 2022**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopbr.def>. Acesso em 20 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 5 ed. 1 re. Brasília, DF, 2020a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed_1re.pdf. Acesso em: 20 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 29 - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**, 192 p. 2007. Brasília, DF. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf. Acesso em: 24 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **Homens são os que mais morrem de acidentes de trabalho**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2019/maio/homens-sao-maiores-vitimas-de-acidentes-no-transito>. Acesso em: 03 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 25 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 99, de 5 de fevereiro de 2020. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2020b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-99-de-7-de-fevereiro-de-2020-242574079>. Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde, **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2002. [S.l.: s.n.], [s.d.]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2021-2030**. Brasília, DF, 2020c. 118 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/. Acesso em: 24 mai. 2021.

BRASIL. Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 24 mai. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2528 de 19 de Outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em 02 abr. 2022.

BREYTSPPRAAK, L.; BADURA, L. **Facts on Aging Quiz (revised; based on Palmore (1977; 1981))**, [S.l., s.n.], 2015. Disponível em: <https://aging.umkc.edu/quiz/>. Acesso em: 26 out. 2022.

BRITO, J. L. **Nicho de desenvolvimento do idoso institucionalizado: ambiente, crenças e práticas de cuidadores formais**. 2014. 106 f. Dissertação (Mestrado em Teoria e Pesquisa do Comportamento) - Universidade Federal do Pará, Belém, PA, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/11076>. Acesso em 20 mar. 2022.

BURNES, D. *et al.* Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. **American journal of public health**, [S.l.], v. 109, n. 8, p. 1- 9, Aug, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6611108/>. Acesso em: 25 mai. 2021.

CABRAL, R.; G. *et al.* O cuidado da pessoa idosa na atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais de saúde/ Elderly care in primary health care from the perspective of health professionals. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [Maringá], v. 18, n. 2, p. 1-9, mar. 2019. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/45026/pdf>. Acesso em: 24 mai. 2021.

CACHIONI, M.; AGUILAR, L. Crenças em relação à velhice entre alunos da graduação, funcionários e coordenadores-professores envolvidos com as demandas da velhice em universidades brasileiras. **Revista Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 95-119, dez. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2008v11i2p%p>. Acesso em: 26 mai. 2021.

CACHIONI, M. **Formação profissional, motivos e crenças em relação à velhice e ao desenvolvimento pessoal entre professores de universidades da terceira idade**. 2002. 276 f. Tese (Doutorado em Educação- Concentração em Gerontologia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2002.283446>. Acesso em: 20 abr. 2021.

CACHIONI, M.; NERI, A. Educação e gerontologia: desafios e oportunidades. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 1, n. 1, p. 99-115, mai. 2006. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/49>. Acesso em: 20 mar. 2022.

CALNAN, M.; HUTTEN, J.; HRVOJE, T. The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting integration across the interface. In: SALTMAN, R. B.; RICO A.; WIENKE, B. **Primary Care in the Driver's Seat. Organizational reform in European primary care**. Maidenhead: The European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press; p. 85-104, 2005. Disponível em: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf. Acesso em: 20 abr. 2022.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Para especialistas, educação melhora qualidade de vida dos idosos**. Notícias, 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/584363-para-especialistas-educacao-melhora-qualidade-de-vida-dos-idosos/>. Acesso em: 10 abr. 2022.

CAMARANO, A. A.; BARBOSA, P. **Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que se está falando?** In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. cap. 20.

CAMARANO, A. A. (org). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 232-235, jun. 2010. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9146/1/Institui%C3%A7%C3%B5es%20de%20longa%20perman%C3%Aancia.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2022.

CARVALHO, B. G. *et al.* Management of basic health units in municipalities of different size: profile and management instruments. **Revista da Escola de Enfermagem da USP, [S.l.]**, v. 48, n. 5, p. 907–914, Oct. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/XZCWXQTZxcYqk9VmPpnQJJj/?lang=en>. Acesso em: 25 abr. 2022.

CASTRO, A. B. de.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 693–705, abr. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nKfWbLqwxPYNqGpR9whw7Gn/?lang=pt#>. Acesso em: 25 Mar. 2022.

CECCON, R. F. *et al.* Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro, RJ], v. 26, n. 1, p. 99-108, jan. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Jh377DRYXCQwKQnTVjxvVPp/?lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2021.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL. Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade. **Centro Internacional de Longevidade Brasil**, 2015. Disponível em: https://prceu.usp.br/usp60/wp-content/uploads/2017/07/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Politico-ILC-Brasil_web.pdf. Acesso em: 29 jun. 2022.

CESÁRIO, V. A. C. *et al.* Tendências de acesso e utilização dos serviços de saúde na APS entre idosos no Brasil nos anos 2008, 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 26, n. 9, p. 4033–4044, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5bJDP3X9JPrmFLj38LnQy8b/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 22 mar. 2022.

CEZAR, A. L. S. **Desenvolvimento e validação de conteúdo da Avaliação Multidimensional do Idoso do Plano de Atenção Gerontológica – PAGe**. 2018. 264 p. Dissertação (Mestrado em Ciências – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2018). Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/100/100141/tde-05072018-191211/pt-br.php>. Acesso em: 20 fev. 2021.

CHANG, E. S. *et al.* Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. **PLoS One**, [San Francisco], v. 15, n. 1, Jan. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6961830/>. Acesso em: 25 mai. 2021.

CHAVES, É. de C. L. *et al.* Quality of life, depressive symptoms and religiosity in elderly adults: a cross-sectional study. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [Florianópolis], v. 23, n. 3, p. 648-655, Sept. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/DpDVZ8Z9VBfCJXzrwJc9yvf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2022.

CHAVES, J. C. **O papel do gestor em saúde no envelhecimento ativo**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão de Organização Pública de Saúde) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2015. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15618/TCCE_GOPS_EaD_2015_CHAVES_JU LIANO.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 28 set. 2022.

CHENG, W. L.S. *et al.* Effects of Senior Simulation Suit Programme on nursing students' attitudes towards older adults: A randomized controlled trial. **Nurse Education Today**, [S.l.], v. 88, p. 104330, May, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32193071/>. Acesso em: 22 set. 2022.

CHENG, W. L. S. Roles of Knowledge and Attitude in the Willingness of Nursing Students to Care for Older Adults in Hong Kong. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S.l.], v. 18, n. 15, p. 7757, July, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8345468/>. Acesso em: 26 mar. 2022.

CHINA, D. L. *et al.* Envelhecimento Ativo e Fatores Associados. **Revista Kairós-Gerontologia**, [São Paulo], v. 24, n. 29, p.141-156, out. 2021. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/53768/34973/160479>. Acesso em: 20 abr. 2022.

CLÁUDIA, C. de S, A.; KARINE, K. Mudança do perfil de idosos de uma instituição de longa permanência nos últimos dez anos. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, [Rio de Janeiro], v. 10, n. 1, p. 16-22, mar. 2016. Disponível em: <http://ggaging.com/details/68/pt-BR#:~:text=A%20institucionaliza%C3%A7%C3%A3o%20de%20idosos%20n%20>. Acesso em: 28 jun. 2021.

COELHO, E. S. *et al.* Perfil dos gestores de Unidades Básicas de Saúde em São Luis-MA. **Revista de Investigação Biomédica**, São Luis, v. 7, n. 1, p. 47, dez. 2015. Disponível em: <http://www.ceuma.br/portalderevistas/index.php/RIB/article/view/19>. Acesso em: 29 out. 2022.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C. Development of a questionnaire to evaluate the usability of assessment instruments. **Revista de Enfermagem UERJ**, [Rio de Janeiro], v. 17, n. 3, p. 378-382, jul./set. 2009.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva online**, [Rio de Janeiro], v. 29, n. 3, p. 925-936, mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>. Acesso em: 03 abr. 2022.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. Declaração de Alma-Ata. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2001. 15 p.

COSTA, N. R. C. D. *et al.* Política de saúde do idoso: percepção dos profissionais sobre sua implementação na atenção básica. **Revista de Pesquisa em Saúde**, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 95-101, mai/ ago, 2015. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4239/2270>. Acesso em: 22 mai. 2021.

CUNHA, G. T. C.; GASTÃO, W. de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade online**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JFWjx7YnMz7mcDjFNDpxRcc/?lang=pt#> Acesso em: 22 mar. 2022.

DA COSTA PALACIO, D. *et al.* Dental vulnerability scale in primary health care: evidence of content and structure internal validity. **BMC Oral Health**, [S.l.], v. 21, n. 1, Aug. 2021. Disponível em: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-021-01742-6>. Acesso em: 13 out. 2022.

DIAS, F. C. P. *et al.* Adaptation and validation of the Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 75, n. 5, mar. 2022. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672022000600152&lng=en. Acesso em: 23 abr. 2022.

DONIZZETTI, A. R. Ageism in an Aging Society: The Role of Knowledge, Anxiety about Aging, and Stereotypes in Young People and Adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S.l.], v. 16, n. 8, p. 1329, Apr. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6517915/>. Acesso em: 25 mar. 2022.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; GONÇALVES, N.; ROMANOSKI, P. J. Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: bases conceituais e métodos de avaliação - parte I. **Texto & Contexto - Enfermagem online**, Santa Catarina, v. 26, n. 4, set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001600017>. Acesso em: 03 abr. 2022.

EPSTEIN, J.; SANTO, R. M.; GUILLEMIN, F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. **Journal of Clinical Epidemiology**, [S.l.], v. 68, n. 4, p. 435–441, Apr. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25698408/>. Acesso em: 13 out. 2022.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 208–223, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbxpxTFXJsd/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 20 abr. 2022.

FAGUNDES, K. V. D. L. *et al.* Entidades de larga permanencia como alternativa para acoger adultos mayores. **Revista de Salud Pública**, [Bogotá], v. 19, n. 2, p. 210-214, marzo. 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2017.v19n2/210-214/pt>. Acesso em: 10 abr. 2022.

FERNANDA, Â. *et al.* Inserção do idoso no mercado de trabalho elderly insert in the labour market. **Revista Humanidades**, [S.l.], v. 5, n. 1, p.82-92, fev. 2016. Disponível em: https://www.revistahumanidades.com.br/arquivos_up/artigos/a90.pdf. Acesso em: 20 abr. 2022.

FERNANDA, C.; SILVA, T.; SANTOS, F. A sexualidade na terceira idade: o tabu que envolve os idosos Miriene do Nascimento Moura. In: Semana de Mobilização Científica, 22º, 2019, Salvador. **Anais [...]**, Salvador, 2019. 15 p. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/1270/3/A%20sexualidade%20na%20terceira%20idade%3A%20o%20tabu%20que%20envolve%20os%20idosos.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2022.

FERREIRA, H. G.; BARHAM, E. J. Relações sociais, saúde e bem-estar na velhice. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. cap. 142, p. 1490-1497.

FERREIRA, V. M.; RUIZ, T. Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos. **Revista de Saúde Pública**, [São Paulo], v. 46, n. 5. p. 843-849, out. 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/NMxN4KXkrrnCLJfSQWmG9KK/?lang=pt>. Acesso em 20 mar. 2022.

FERREIRA, V. M. **Atitudes e Conhecimentos de Agentes Comunitários de Saúde em Relação à Velhice**. 2011. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, 2011. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/98399/ferreira_vm_me_botfm.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 22 mar. 2022.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. Tradução: Lorí Viali. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLECK, M. P. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 34, n. 2, p. 178–183, abr. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JVdm5QNjj4xHsRzMFbF7trN/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2022.

GILBERT, G. E.; PRION, S. Making Sense of Methods and Measurement: Lawshe’s Content Validity Index. **Clinical Simulation in Nursing**, [S.l.], v. 12, n. 12, p. 530–531, Dec. 2016. Disponível em: [https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399\(16\)30068-8/fulltext](https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399(16)30068-8/fulltext). Acesso em: 13 out. 2022.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, [Rio de Janeiro], v. 22, n. 5, p. 951–963, mai. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mT6brbXbnSzk63d3B9JD6v/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 abr. 2022.

GHIMIRE, S. *et al.* Undergraduate nursing students’ knowledge of aging, attitudes toward and perceptions of working with older adults in Kathmandu Nepal. **International Journal of Nursing Sciences**, v. 6, n. 2, p. 204–210, Apr. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6608660/>. Acesso em: 3 out. 2022.

GOMES, E. C. C. *et al.* Treino de estimulação de memória e a funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 25, n. 6, p. 2193–2202, jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bZsMWdLRfFxbwQbnvabc88z/?lang=pt#:~:text=Pesquisas%20cient%20ADficas%20sugerem%20que%20as,de%20um%20fen%20C3%B4meno%20multifatorial%20que>. Acesso em: 20 abr. 2022.

GOEBEL, M.; FERREIRA, M. **Tempo de reação em idosos: uma revisão sistemática**. [S.l.: s.n.], abr. [2019?]. Disponível em: <http://tcconline.fag.edu.br:8080/app/webroot/files/trabalhos/20190425-135829.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2022.

GONZALEZ CAMPOS, J.; CARVAJAL MUQUILLAZA, C.; VIVEROS REYES, F. Coeficientes edumétricos para la validez y dificultad de un test: Propuesta. **Estudios pedagógicos**, Valdivia, v. 42, n. 3, p. 467-481, agosto. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052016000400025&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 15 abr.2022.

GOODMAN, Leo A. Amostragem bola de neve. **Os anais da estatística matemática**, [S.l], v.32, n. 1, p. 148-170, mar. 1961. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2237615>. Acesso em: 03 out. 2022.

GORZONI, M. L. Envelhecimento pulmonar. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. cap. 57, p. 677-679.

GRANDIN, F.; RODRIGUES, M. Brasil tem 4,3 milhões de idosos vivendo sozinhos; coronavírus muda rotinas e impõe desafios. **Portal g1**, 23 abr. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/fique-em-casa/noticia/2020/03/27/brasil-tem-43-milhoes-de-idosos-vivendo-sozinhos-coronavirus-muda-rotinas-e-impoe-desafios.ghtml>. Acesso em: 03 abr. 2022.

HARRIS, D. K.; CHANGAS, P. S. Revision of Paltmore's Second Facts on Aging Quiz from a true-false to a multiple-choice format. **Educational Gerontology**, [London], v. 20, n. 8, p. 741-754. Aug. 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/0360127940200802>. Acesso em 20 mar. 2022.

HARRIS, D. K.; CHANGAS, P. S.; PALMORE, E. B. Paltmore's First Facts on Aging Quiz in a multiple-choice format, **Educational Gerontology**, [London,], v. 22, n. 6, p. 575-589, Aug. 1996. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/0360127960220605> Acesso em: 20 mar. 2022.

HAYNES, S. N.; RICHARD, D. C. S.; E KUBANY, E. S. Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. **Psychological Assessment**. [Washington], v. 7, n. 3, Feb. 1995. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F1040-3590.7.3.238>. Acesso em: 03 abr. 2022.

HEALE, R.; TWYLCROSS, A. Validity and reliability in quantitative studies. **Evidence Based Nursing**, [S.l], v. 18, n. 3, p. 66–67, May. 2015. Disponível em: <https://ebn.bmj.com/content/18/3/66.long>. Acesso em: 3 out. 2022.

HENRIQUE, F.; ARTMANN, E.; LIMA, J. de C. Análise do perfil de gestores de Unidades Básicas de Saúde de Criciúma. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe6, p. 36–47, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WWkwJQmw3KXVWHZGYTZ6Pj/?lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2022.

HENRÍQUEZ, F. *et al.* Actitudes hacia el envejecimiento por parte de los estudiantes de Fonoaudiología de una Universidad Chilena. **CoDAS**, [S.l], v. 32, n. 1, p. 1-7, oct. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/YJnG7FHfrZgH3xrn3Hd53gH/?lang=es>. Acesso em: 22 set. 2022.

HERNÁNDEZ-NIETO, R. A. **Contribuciones al análisis estadístico**. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes/IESINFO, p. 119. 2002.

HORIRA, R. H. F.; CORDONI JUNIOR, R.; NUNES, E de F. P. de A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 19, p. 393-400, fev. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XngkkkDd3cktmNjCrnZrZwq/?lang=pt>. Acesso em: 25 mar. 2022.

HWANG, E. H.; KIM, K. H. Quality of Gerontological Nursing and Ageism: What Factors Influence on Nurses' Ageism in South Korea? **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S.l.], v. 18, n. 8, p. 4091, Apr. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8069577/#!po=13.4615>. Acesso em: 22 set. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Agência IBGE Notícias. **PNAD Contínua: Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**, 26 abr. 2018. Disponível em: [Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017 | Agência de Notícias \(ibge.gov.br\)](#). Acesso em 02. abr. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010 - IBGE**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=10503&t=destaques>. Acesso em: 10 abr. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências**: Brasil, grandes regiões, unidades de federação. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2015a. 100p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: ciclos de vida**. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2021. p. 65 Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>. Acesso em; 20 abr. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**: Brasil e grandes regiões. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2020. 113p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101764>. Acesso em: 20 abr. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Principais resultados - 4 trimestre 2021, [2022? a]**. IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?t=destaques>. Acesso em: 10 abr. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2022b. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal. Acesso em: 10 abr. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2015b. 137p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista de Saúde Pública**, [São Paulo], v. 41, n. 1, p. 131-138, fev. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Qks8zRMJpNCFjLb68HDf5Fc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2022.

KARIS ALLEN, T. *et al.* Clinical Pharmacists' Knowledge of and Attitudes toward Older Adults. **Pharmacy**, Basel, v. 9, n. 4, p. 172, Oct. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34698246/>. Acesso em: 26 mar. 2022.

KLEMMACK, D. L. An Examination of Palmore's Facts on Aging Quiz. **The Gerontologist**, [S.l.], v. 18, n. 4, p. 403-406, Aug. 1978. Disponível em: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/18/4/403/700160?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 26 mar. 2022.

KOGAN, N. Attitudes toward old people: The development of a scale and an examination of correlates. **The Journal of Abnormal and Social Psychology**, v. 62, n. 1, p. 44-54, Jan. 1961. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13757539/>. Acesso em: 25 mar. 2022.

LABEGALINI, C. M. G. *et al.* Educational and care-related dialogical pathway on active aging with Family Health Strategy professionals. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, p. 1-14, mai. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/9zSwWvcDgy63Zzf3cnxPN9N/?lang=pt#>. Acesso em: 29 out. 2022.

LAMBRINO, E.; SOURTZI, P.; KALOKERINO, A. Attitudes and knowledge of the Greek nursing students towards older people. **Nurse Education Today**. [S.l.], v. 29, n. 6, p. 617-622, Aug. 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691709000264?via%3Dihub>. Acesso em: 20 mar. 2022.

LAVOIE, J. G. *et al.* Hospitalization for mental health related ambulatory care sensitive conditions: what are the trends for First Nations in British Columbia? **International Journal for Equity in Health**, [S.l.], v. 17, n. 1, 3 Oct. 2018. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0860-7>. Acesso em: 25 abr. 2022.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, p. 867-874, mai. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2011.v20n4/867-874/#ModalArticles>. Acesso em: 25 mar. 2022.

LEE, J. *et al.* Ageism between Medical and Preliminary Medical Persons in Korea. **Annals of Geriatric Medicine and Research**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 41–49, Mar. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7370780/>. Acesso em: 22 set. 2022.

LEIDENS, D. G. **Efeito do treinamento muscular inspiratório associado à bandagem neuromuscular na capacidade pulmonar em idosos institucionalizados**. 2021. 68 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Elétrica e Informática Industrial) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2021. Disponível em: <http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/handle/1/26301>. Acesso em: 03 abr. 2022.

LEMONS, N. D.; MEDEIROS, L. S. Suporte social ao idoso dependente. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. cap. 130. p. 1404-1409.

LENARDT, M. H. *et al.* Handgrip strength and physical activity in frail elderly. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [São Paulo], v. 50, n. 1, p. 86-92, Feb. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/DS6BhKW83S56VvxKhNdPkc/?lang=pt>. Acesso em: 8 abr. 2022.

LEVY, B. R.; KASL, S. V.; GILL, T. M. Image of Aging Scale. **Perceptual and Motor Skills**, v. 99, n. 1, p. 208-210, Aug. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15446647/>. Acesso em: 25 mar. 2022.

LEVY, B. R. Stereotype Embodiment. **Current Directions in Psychological Science**, [S.l.], v. 18, n. 6, p. 332–336, Aug. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20802838/>. Acesso em: 25 mar. 2022.

LIMA, A. M. P. *et al.* Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, RS, v. 6, n. 2, p. 97-103, abr. 2016. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/>. Acesso em: 10 jan. 2017.

LIMA, A. P. R. de. Sexualidade na terceira idade e HIV. **Revista Longeviver**, São Paulo, v. 1, n. 5, p. 18-42, jan./ fev./ mar. 2020. Disponível em: <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/813/872>. Acesso em: 02 abr. 2022.

LIMA-COSTA, M. F. Aging and public health. **Revista de Saúde Pública**, [São Paulo, SP], v. 52, n. 2, p. 2s, Oct. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6255369/>. Acesso em: 17 jun. 2021.

LIMA, I. C. C. *et al.* Sexualidade na terceira idade e educação em saúde: um relato de experiência. **Revista de Saúde Pública do Paraná**. [Curitiba], v. 3, n. 1, p. 137-143, jul. 2020. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/340/123>. Acesso em: 03 abr. 2022.

LO, R. Y. The borderland between normal aging and dementia. **Tzu-chi medical journal**, [S.l.], v. 29, n. 2, p. 65–71, Apr./ June. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5509201/>. Acesso em: 20 abr. 2022.

LOPEZ, M. R. A. *et al.* Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, [Ipiranga], v. 33, n. 2, p. 103-108, abr. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/HjPQnyGq9c4p8qsMxWCTnrS/?lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2022.

LÓPEZ-HERNÁNDEZ, L. *et al.* Factors Affecting Attitudes towards Older People in Undergraduate Nursing Students. **Healthcare**, [Basileia], v. 9, n. 9, p. 1231, Sept. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8472058/>. Acesso em: 22 set. 2022.

LUCENA, M. A capacidade de aprender nos idosos. **Portal do envelhecimento e longeviver**. Blog, São Paulo, 11 abr. 2019. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/a-capacidade-de-aprender-nos-idosos>. Acesso em: 10 abr. 2022.

LUCHESE, B. M. **Idosos cuidadores de idosos: atitudes em relação à velhice, sobrecarga, estresse e sintomas depressivos**. 2015. 202 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-28012016-154641/publico/BRUNALUCHESE.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2022.

LUCHESE, B. M. *et al.* Factors associated with attitudes toward the elderly in a sample of elderly caregivers. **International Psychogeriatrics**, [S.l.], v. 28, n. 12, p. 2070-2089, Sept. 2016. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/abs/factors-associated-with-attitudes-toward-the-elderly-in-a-sample-of-elderly-caregivers/5E3CB9DFAFBCB984E3AA4CB6F09DBCDF>. Acesso em: 08 ago. 2022.

LUCCHETTI, A. L. *et al.* Measuring medical students' attitudes and knowledge about geriatrics and gerontology in Brazilian medical students: A comparison of instruments. **Australasian Journal on Ageing**, [S.l.], v. 37, n. 2, p. 74–77, Apr. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29655239/>. Acesso em: 4 nov. 2022.

LUIZ JÚNIOR, A. **Influência de exercícios de força muscular para prevenção de quedas em idosos com baixa massa muscular: uma revisão de literatura**. 2016. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Fisioterapia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. 2016. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-AQFJG4/1/tcc_adair_especializa_o_poslygia_quasefinal_2_.pdf. Acesso em: 03 abr. 2022.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 18-37, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/18-37/pt/#>. Acesso em: 25 mar. 2022.

MAEYAMA, M. A. *et al.* Saúde do Idoso e os atributos da Atenção Básica à Saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 55018-55036, Aug. 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/14488>. Acesso em: 20 fev. 2022.

MALDONADO BRIEGAS, J. J. *et al.* The Well-Being of the Elderly: Memory and Aging. **Frontiers in Psychology**, [S.l.], v. 11, n. 1, May. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7265135/>. Acesso em: 20 abr. 2022.

MANDEGARI BAMAKAN, Z. *et al.* Effect of an aged wearing suit on nursing student's knowledge and attitude. **BMC Nursing**, [S.l.], v. 20, n. 1, 16 Aug. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8366021/>. Acesso em: 22 set. 2022.

MARAVÍ, R. M.; LEON, F. A. Vista de Evaluación Psicométrica y Evaluación Edumétrica. **Investigación Educativa**, [S. l.], v. 17, n. 31, p. 903-108, jun. 2013. Disponível em: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/educa/article/view/8027/7004>. Acesso em 06 abr. 2022.

MARCOS, G. *et al.* **Aposentadoria e mercado de trabalho: uma análise usando regressão descontínua. Pesquisa e Planejamento Econômico**, [S.l.], v. 49, n.3, p. 1-24, dez. 2019. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9768/1/PPE_v49_n03_Aposentadoria.pdf. Acesso em: 10 abr. 2022.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, [S.l.], v. 4, n. 1, nov. 2013. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>. Acesso em 04 nov. 2022.

MARQUES, S. *et al.* Determinants of Ageism against Older Adults: A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S.l.], v. 17, n. 7, p. 1-27, Apr. 2020; Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/7/2560>. Acesso em: 25 mai. 2021.

MARTÍNEZ-ARNAU, F. M. *et al.* Interventions to improve attitudes toward older people in undergraduate health and social sciences students. A systematic review and meta-analysis. **Nurse Education Today**, [S.l.], v. 110, n. 1, p. 105269, Mar. 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691722000053?via%3Dihub>. Acesso em: 22 set. 2022.

MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo, v. 8, n. 20, p. 1-12, jan/abr. 2006. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/6471/sobre-confiabilidade-e-validade/i/pt-br>. Acesso em: 21 mar. 2022.

MATTHEWS, A. M.; TINDALE, J. A.; NORRIS, J. E. The Facts on Aging Quiz: A Canadian Validation and Cross-Cultural Comparison. **Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement**, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 165-174, Dec. 1984. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-on-aging-la-revue-canadienne-du-vieillissement/article/abs/facts-on-aging-quiz-a-canadian-validation-and-crosscultural-comparison/D1E30F670C66ED8210D6E8F4A41BE807>. Acesso em: 26 mar. 2022.

MEDEIROS, R. K. da S. *et al.* Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**. [S.l.], v. 4, n. 4, p. 127-135,

jan./fev./mar. 2015. Disponível em:

https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=769&codigo=. Acesso em: 03 abr. 2022.

MELO, E. A. *et al.* Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 328–340, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/328-340/pt>. Acesso em: 12 nov. 2020.

MELO, L. C. *et al.* Relações interprofissionais na Estratégia Saúde da Família: percepção da gestão em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [Brasília], v. 75, n. 3, fev. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/h6d8vFGrfcY48LVRGRzYLZN/?lang=pt>. Acesso em: 25 mar. 2022.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 15, n. 1, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?lang=pt>. Acesso em: 25 mar. 2022.

MENZES, R. L. de; SOUZA, M. R. de. CARDOSO, T. R. C. Conhecimento de Acadêmicos de Fisioterapia em Relação à Velhice e ao Envelhecimento. **Revista Fragmentos de Cultura - Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas**, Goiânia, v. 17, n. 2, p. 293-301, mar./ abr. 2007. Disponível em: <http://revistas.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/277>. Acesso em: 26 mar. 2022.

MILOTINOVIC, D. *et al.* Knowledge and attitudes of health care science students toward older people. **Medicinski Pregled**, [S.l.], v. 68, n. 11/12, p. 382-286, Nov/Dec. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26939304/>. Acesso em: 20 mar. 2022.

MINÓ, N. M.; MELLO, R. M. A. V. de. Representação da velhice: reflexões sobre estereótipos, preconceito e estigmatização dos idosos. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, [S.l.], v. 32, n. 1, p.273-298, abr. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/oikos/article/view/9889>. Acesso em: 27 out. 2022.

MIRANDA, R. Adaptar-se ao envelhecimento garante mais qualidade de vida na terceira idade. **Ipasemar**, dez. 2018. Disponível em: <https://www.ipasemar.pa.gov.br/blog/2018/12/06/adaptar-se-ao-envelhecimento-garante-mais-qualidade-de-vida-na-terceira-idade/#:~:text=Adaptar%2Dse%20ao%20envelhecimento%20garante%20mais%20qualidade%20de%20vida%20na%20terceira%20idade,-Ipasemar%20%3E%20Blog%20%3E%20Blog&text=Ter%20uma%20terceira%20idade%20feliz,e%20transforma%20C3%A7%C3%B5es%20pr%20C3%B3prias%20do%20envelhecimento>. Acesso em: 10 abr. 2022.

MUHSIN, A. A. *et al.* Poor level of knowledge on elderly care despite positive attitude among nursing students in Zanzibar Island: findings from a cross-sectional study. **BMC Nursing**, [S.l.], v. 19, n. 1, 09 Oct. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7547516/>. Acesso em: 22 set. 2022.

NASCIMENTO, D. D. G do; MENDONÇA, S. H. M de; OLIVEIRA, M. A.C de. Núcleo Ampliado de Saúde da Família: o sofrimento na perspectiva da psicodinâmica do trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [São Paulo], v. 53, n. 1, jan. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Vb5HQjxfDmxzjbXgnDTry8g/?lang=pt>. Acesso em: 25 Mar. 2022.

NEGRINI, E. L. D. *et al.* Elderly persons who live alone in Brazil and their lifestyle. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 523-531, out. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/q4R46LjNVjtSTfWBZgjLKhr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2021.

NERI, A. L.; JORGE, M. D. Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. **Estudos de Psicologia**. Campinas, SP, v. 23, n. 2, p. 127-137, abr/jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/P9V5MD5XLGZp3PYGSjkYt7n/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 mai. 2021.

NERI, A. L. Atitudes em relação à velhice: evidências de pesquisas no Brasil. **Gerontologia**, v. 5, n. 3, p. 130-139, 1997.

NERI, A. L. **Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos**. Campinas, SP: Editora UNICAMP, 1991.

NERI, A. L. Teorias Psicológicas do envelhecimento: Percurso histórico e teorias atuais. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. cap. 3, p. 28-40.

NERI, A. L.; BATISTONI, S. S. T.; RIBEIRO, C. C. Bem-estar psicológico, saúde e longevidade. In: FREITAS, E.V.; PY, L. (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, cap. 138, p. 1458- 1638.

NERI, A. L.; FONTES, A. P. Resiliência psicológica e velhice bem-sucedida. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. cap. 139, p. 1468-1475.

NEUMANN, L. T. V.; ALBERT, M. S. Aging in Brazil, **The Gerontologist**, [S.l.], v. 58, n. 4, p. 611-317, ago. 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/58/4/611/4948404>>. Acesso em: 07 mai. 2021.

NUNES, E. L. O. *et al.* Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [Washington], v. 42, out. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e175/pt/>. Acesso em: 25 mar. 2022.

OFICIAL, A. *et al.*, Ageism, Healthy Life Expectancy and Population Ageing: How Are They Related? **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S.l.], v. 17, n. 9, p.1-11, May. 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/9/3159>. Acesso em: 25 mai. 2021.

OLIVEIRA, M. P. R. de *et al.* Formação e qualificação de profissionais de saúde: Fatores associados à qualidade da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 547–559, dez. 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/9xmh853N9RkL7F8x97XFxxh/?lang=pt#>. Acesso em: 29 out. 2022.

OLIVEIRA, T. C. de; MEDEIROS, W. R.; LIMA, K. C. de. Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [Rio de Janeiro], v. 18, n. 1, p. 85–94, mar. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/rtYCbvNdKtH8DkpQDpDDSLB/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE PÚBLICA (OPAS). **Década do envelhecimento Saudável**. 2020. Disponível em:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52902/OPASWBRAFPL20120_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE PÚBLICA (OPAS). **Relatório mundial sobre o idadismo**. [S.l.]: Pan American Health Organization, 2022. Disponível em:

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55872>. Acesso em: 22 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório mundial sobre prevenção de lesões causadas pelo trânsito**: resumo / Organização Mundial da Saúde, Brasília, DF, 2012. 73p. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Relatorio%20Mundial%20Lesoes.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Redes integradas de serviços de saúde**: conceitos, opções de política e hoja de ruta para sua implementação nas Américas. Washington, DC: OPAS; 2010.

PALMORE, E. Facts on Aging: A Short Quiz. **The Gerontologist**, [S.l.], v. 17, n. 4, p. 315-320, 1977. Disponível em: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/17/4/315/612381?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 26 mar. 2022.

PALMORE, E. The Facts on Aging Quiz: A Review of Findings. **The Gerontologist**, [S.l.], v. 20, n. 6, p. 669-672, Aug. 1980. Disponível em:

<https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/20/6/669/629690?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 26 mar. 2022.

PALMORE, E. B. The Facts on Aging Quiz: Part Two. **The Gerontologist**, [S.l.], v. 21, n. 4, p. 431-437, Aug. 1981. Disponível em: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/21/4/431/553177>. Acesso em: 26 mar. 2022.

PAOLINI, K. S. Desafios da inclusão do idoso no mercado de trabalho. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho** [São Paulo], v. 14, n. 2, p. 177-182, jan. 2016. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v14n2a16.pdf>. Acesso em 02. abr. 2022.

PASCOTINI, F dos S. *et al.* Força muscular respiratória, função pulmonar e expansibilidade toracoabdominal em idosos e sua relação com o estado nutricional. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, [S.l.], v. 23, n. 4, p. 416-422, dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/vPpTDKjstPsKfkbwB69r8Zr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 03 abr. 2022.

PASQUALI, L. Principios de elaboração de escalas psicológicas. **Psiquiatria Clínica**, [São Paulo], p. 206–13, 1998. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-228044>. Acesso em: 06 dez. 2022.

PAUCCA GONZALES, N.; RAFAYLE CUADRA, R. J.; ANDRADE TORRE, J. A. Análisis axiológico de la construcción y validación de un instrumento documental edumétrico. **PURIQ**, [S.l.], v. 2, n. 2, mayo/agosto. 2020. Disponível em: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02554545/document>. Acesso em: 04 abr. 2022.

PEDRÃO, R. A. A. O idoso e os órgãos dos sentidos. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. cap. 17, p. 183-194.

PEDROSA, I.; SUÁREZ-ÁLVAREZ; GARCÍA-CUETO, E. Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances Teóricos y Métodos para su Estimación. **Acción Psicológica**, [S.l.], v.10, n. 2, p. 3- 20, jun, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.2.11820>. Acesso em: 30 ago. 2022.

PEREIRA DE ALMEIDA, P. *et al.* Vivências de pessoas idosas que moram sozinhas: arranjos, escolhas e desafios. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v, 23, n. 5, p. 1-9, jul. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/SyXwdhHBt9jSL9sPjgnw5nJ/?format=pdf>. Acesso em 20 abr. 2022.

PEREIRA, S. R. M. Fisiologia do Envelhecimento. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. cap. 14, p. 139-151.

PIEIDADE, F. L.; SANTOS, P. A.; HADDAD, J. G. V. Os significados acerca da Estratégia Saúde da Família para uma comunidade. **Revista Nursing**, [S.l.], v. 24, n. 273, p. 5219-5223, jan. 2021. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/881/1396>. Acesso em: 24 mai. 2021.

PILLATTI, L. A.; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L. Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação: Um debate necessário. **Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia**, [S.l.], v. 3, n. 1, jan./abr. 2010. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbect/article/view/619>. Acesso em: 20 abr. 2022.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E de F. P. de A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva online**, [Rio de Janeiro], v. 21, n. 5, p. 1511-1524. mai. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.18942015>. Acesso em: 22 mar. 2022.

PINTO, G. dos R. *et al.* Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde segundo homens de um município mineiro. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 10, n. 6, mai. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15733>. Acesso em: 17 jun. 2021.

PINTO, J. M.; NERI, A. L. Trajectories of social participation in old age: a systematic literature review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 259-272, Apr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000200259&lng=en&tlng=en. Acesso em: 17 nov. 2019.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601903&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 20 mar. 2022.

PIRES, D. E. P de. *et al.* Gestão em saúde na atenção primária: o que é tratado na literatura. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [Santa Catarina], v. 28, abr. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/tZPyYVKzYGjV6gdYqp68XNf/?lang=pt>. Acesso em: 25 mar. 2022.

PITTA, L. S. R. **Estudo de condutores idosos e não idosos de veículos automotores envolvidos em acidentes no Distrito Federal, no período de 2008 a 2017**. 2021. 39 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/41971/1/2021_LeonardoSantosRochaPitta.pdf. Acesso em: 03 abr. 2022.

PLACIDELI, N. *et al.* Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. **Revista de Saúde Pública**, [São Paulo, SP], v. 54, 6, p. 1-14, jan. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100204. Acesso em: 24 mai. 2021.

PODHORECKA, M. *et al.* Attitudes Towards the Elderly in Polish Society: Is Knowledge About Old Age and Personal Experiences a Predictor of Ageism? **Psychology Research and Behavior Management**, [S.l.], v. 15, p. 95-102, Jan. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8752062/>. Acesso em: 26 mar. 2022.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; OWEN, S. V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. **Research in Nursing & Health**, [New York], v. 30, n. 4, p. 459-467, Aug. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17654487/>. Acesso em: 03 abr. 2022.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v27n2/1809-4481-physis-27-02-00255.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2020.

RABABA, M. *et al.* Association of nurses' level of knowledge and attitudes to ageism toward older adults: Cross-sectional study. **Nursing & Health Sciences**, [S.l.], v. 22, n. 3, p. 593–601, Mar. 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nhs.12701>. Acesso em: 27 out. 2022.

RAMOS, L.V.; OSÓRIO, N. B.; NETO, L. S. Caderneta de saúde da pessoa idosa na atenção primária: uma revisão integrativa. **Revista Humanidades e Inovação**, Palmas, v. 6, n. 2, p. 272-280, mar. 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1008>. Acesso em: 20 mai. 2021.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a Psicolinguística. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, 9, set. 2009. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/view/5768>. Acesso em: 05 abr. 2022.

RAYOL, B. P. *et al.* Relações de Amizade entre Idosos em Instituições de Longa Permanência. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 12, n. 1, p. 53-67, jan. 2020. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/3298>. Acesso em: 10 abr. 2022.

RECHEL, B. *et al.* Ageing in the European Union. **The Lancet**, [S.l.], v. 381, n. 9874, p. 1312-1322, Apr. 2013. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)62087-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)62087-X/fulltext). Acesso em: 25 mar. 2022.

REIS, F. F. de S. *et al.* Conhecimento da equipe de enfermagem de um hospital público sobre o envelhecimento humano. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 6, p. 2594-2603, mai. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23428/19117>. Acesso em: 28 out. 2022

RIBEIRO FILHO, S. T. Disfunção erétil. I: FREITAS, E. V.; PY, L. (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. cap. 71, p. 812-816.

ROBB, C.; CHEN, H.; HALEY, W. E. Ageism in Mental Health and Health Care: A Critical Review. **Journal of Clinical Geropsychology**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 1-12, Jan. 2002. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1013013322947>. Acesso em: 25 mar. 2022.

RODRIGUES, F. V. *et al.* Variabilidade na mensuração das medidas orofaciais. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 332–337, out. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbf/a/nrjQhYcK7PhZWDkPSqtdj5H/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2022.

RODRIGUES, R. A. P. Contributions of nursing in elderly care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [Ribeirão Preto], v. 22, n. 3, p. 353–354, June. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25029043/>. Acesso em: 28 set. 2022.

RODRIGUES, C. M. L.; CHARIGLIONE, I. P. F. S.; SILVA, M. O. da. Acidentes de trabalho com idosos no Brasil de 2003 a 2016. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 569-587, ago. 2019. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/47615/31700>. Acesso em: 02 abr. 2022.

ROSSATO, L. C.; CONTREIRA, A. R.; CORAZZA, S. T. Análise do tempo de reação e do estado cognitivo em idosas praticantes de atividades físicas. **Fisioterapia e Pesquisa**, [São Paulo, SP], v. 18, n. 1, p. 54–59, mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/vx93WtqPN987g4sHtT5KkKh/?lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2022.

ROSSI, E.; SADER, C. S. Envelhecimento do sistema osteoarticular. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. cap. 77, p. 868-874.

RUBIO, D. M. *et al.* Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, [S.l.], v. 27, n. 2, p. 94-105, June. 2003. Disponível em: <https://rameliaz.github.io/files/kuliah/matrikulasi-mapsi/rubio.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2022.

RUIVO, S. *et al.* Efeito do envelhecimento cronológico na função pulmonar. Comparação da função respiratória entre adultos e idosos saudáveis. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, [S.l.], v. 15, n. 4, p. 629-653, jul./ago. 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0873215915301616>. Acesso em: 8 abr. 2022.

RYAN, M.; MC CAULEY, D. We built it and they did not come: knowledge and attitudes of baccalaureate nursing students toward the elderly. **The Journal of New York States Nurses' Association**. [S.l.], v. 35, n. 2. p. 5-9, fall/winter, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15884479/>. Acesso em: 20 mar. 2022.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. da. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro, RJ], v. 24, n. 4, p. 1369-1380, abr. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fjgYFRhV7s4Tgqvdf5LKBDj/?lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2021.

SCHMIDT, A. *et al.* Preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: relato de experiência. **Sanare**, Sobral, v. 18 n. 1, p. 98-106, jan./ jun, 2019. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1310>. Acesso em: 20 mai. 2021.

SCIAMA, D. S.; GOULART, R. M. M.; VILLELA, V. H. L. Envelhecimento ativo: representações sociais dos profissionais de saúde das Unidades de Referência à Saúde do Idoso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [São Paulo], v. 54, set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/7jXtCFr9bc6BRBR3KZ9HpFS/?lang=pt>. Acesso em: 25 mar. 2022.

SCHÜTTENGRUBER, G. *et al.* Attitudes towards older adults (80 years and older): A measurement with the ageing semantic differential - A cross-sectional study of Austrian

students. **International Journal of Older People Nursing**, v. 17, n. 3, 30 out. 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/opn.12430>. Acesso em: 3 out. 2022.

SIJTSMA, K. On the Use, the Misuse, and the Very Limited Usefulness of Cronbach's Alpha. **Psychometrika**, [S.l.], v. 74, n. 1, p. 107–120, Dec. 2008. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11336-008-9101-0>. Acesso em: 4 nov. 2022.

SILVA, J. V da. *et al.* Religiosidade de pessoas idosas hospitalizadas. **Revista Enfermagem Brasil**, [S.l.], v. 12, n. 5, p. 288-292, set./ out. 2013. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/download/3767/5769/22742>. Acesso em 03 abr. 2022.

SILVA JÚNIOR, E. G. da. *et al.* A capacidade de resiliência e suporte social em idosos urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 24, n. 1, p. 7-16, jan. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/46r8zgKPzJZ978rsS4pj4bj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2022.

SILVA, J. L. B. V. da. *et al.* Health promotion practices for elderly people: an integrative literature review / Práticas de promoção da saúde para pessoa idosa: revisão integrativa da literatura. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 12, p. 88–94, May. 2021. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7056>. Acesso em: 16 jun. 2021.

SILVEIRA, I. A. *et al.* Cross-cultural adaptation of the Leg Ulcer Measurement Tool for Brazil: nursing methodology research. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 4, June. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/TfCVJ8LpxjzwnN4kndf3DkS/?lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Em Dia Mundial do Alzheimer, dados ainda são subestimados, apesar de avanços no diagnóstico e tratamento da doença – SBGG**, Rio de Janeiro, set. 2019. Disponível em: <https://sbgg.org.br/em-dia-mundial-do-alzheimer-dados-ainda-sao-subestimados-apesar-de-avancos-no-diagnostico-e-tratamento-da-doenca/#:~:text=Apenas%20no%20Brasil%2C%20onde%20hoje,delas%20s%C3%A3o%20do%20tipo%20Alzheimer>. Acesso em: 9 abr. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA: SÃO PAULO. **Perda dos cinco sentidos é comum entre idosos**. São Paulo, [2022?]. Disponível em: <https://www.sbgg-sp.com.br/perda-dos-cinco-sentidos-e-comum-entre-idosos/>. Acesso em: 03 abr. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA: SÃO PAULO. **Pensando em alternativas**. São Paulo, [2022?]. Disponível em: <https://www.sbgg-sp.com.br/pensando-em-alternativas/>. Acesso em 04 abr. 2022.

SOUZA, A. C. de; ALEXANDRE, N. M. C.; GURARDELLO, E. de B. **Epidemiologia e Serviços de Saúde online**. Brasília, v. 26, n. 3, p. 649-659, jul/set. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ress/a/v5hs6c54VrhmjvN7yGcYb7b/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 mar. 2022.

SOUSA, C. M. S. *et al.* Qualidade de vida dos idosos e os fatores associados: Uma Revisão Integrativa. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 13, n. 47, p. 320-326, out. 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/download/1988/3166>. Acesso em 03 abr. 2022.

SOUSA, M. *et al.* Depressão em idosos: Prevalência e fatores associados. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, [S. l.], v. 26, n. 4, p. 384-91, jul. 2010. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10764>. Acesso em: 10 abr. 2022.

SOUSA, N. F. da S. *et al.* Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, [Rio de Janeiro], v. 34, n. 11, nov. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n11/en_1678-4464-csp-34-11-e00173317.pdf. Acesso em: 20 abr. 2022.

SOUSA, V. D.; ROJJANASRIRAT, W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 17, n. 2, p. 268-274, Apr. 2011. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>. Acesso em: 3 out. 2022.

SOWTALI, S. N. *et al.* Translation and validation of the Malay version of the Stroke Knowledge Test. **Journal of Arrhythmia**, [Tokyo], v. 32, n. 2, p. 112-118, Apr. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4823569/>. Acesso em: 04 abr. 2022.

STARFIELD, B. Commentary: primary care and health outcomes: a health services research challenge. **Health Services Research**, [S.l.], v. 46, n. 6. p. 2252-2256, Dec. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2151396/pdf/hesr0042-2252.pdf>. Acesso em 20 mar. 2022.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde (MS), 726 p. 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2022.

STOPA, S. R. *et al.* Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no Município de São Paulo, Brasil, 2003-2015. **Cadernos de Saúde Pública online**, [Rio de Janeiro], v. 34, n. 10, p. 1-11, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00198717>. Acesso em: 10 mai. 2021.

SWIFT, H. J.; CHASTEEN, A. L. Ageism in the time of COVID-19. **Group Processes & Intergroup Relations**, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 246-252, Feb. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7941503/>. Acesso em: 22 set. 2022.

TAVARES, D. I. *et al.* Acidentes de trabalho em idosos de Santa Maria, Rio Grande do Sul: tipo de acidente, situação do mercado de trabalho dos idosos e local do acidente. **Revista**

Kairós-Gerontologia, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 73-88, dez. 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/43540/28948>. Acesso em 02 abr. 2022.

TERTULIANO, I. W. *et al.* Elaboração de um instrumento para avaliar o processo de expatriação de voleibolistas. **Life Style**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 34–49, ago. 2020. Disponível em: <https://revistas.unasp.edu.br/LifestyleJournal/article/view/1215>. Acesso em: 25 abr. 2022.

TOMASI, E. *et al.* Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. suppl 1, p. s193–s201, ago. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6sXhM37ZHbrmqvtBNxYfhxj/?lang=pt#>. Acesso em: 29 out. 2022.

TRINDADE, C. S. *et al.* Processo de construção e busca de evidências de validade de conteúdo da equalis-OAS. **Revista Avaliação Psicológica**, [Porto Alegre], p. 271–277, 15 abr. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712018000200014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 abr. 2022.

TUCKMAN, J.; LORGE, I. Attitudes toward old people. **The Journal of Social Psychology**, [Washington], v. 3, n. 3, p. 249-260, 1953. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1989-04767-001>. Acesso em: 20 abr. 2022.

VALE, M. T. *et al.* Ageism and Behavior Change During a Health Pandemic: A Preregistered Study. **Frontiers in Psychology**, [S.l.], v. 11, Nov. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7710520/>. Acesso em: 22 set. 2022.

VAN DER ELST, E. *et al.* Internal consistency and construct validity assessment of a revised Facts on Aging Quiz for Flemish nursing students: an exploratory study. **BMC Geriatrics**, [London], v. 14, n. 1, Dec. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25468447/>. Acesso em: 26 mar. 2022.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Characteristics and performance of professionals of the Expanded Family Health and Basic Healthcare Centers. **Revista da Escola de Enfermagem da USP online**. São Paulo, v. 54, n. 1, Mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018033003554>. Acesso em: 22 mar. 2022.

VERÍSSIMO, F. A.; NETO, F. Quem são os mais preconceituosos em relação à idade e os mais sós: jovens, adultos ou idosos? Influência da religiosidade. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, Badajós, v. 1, n. 2, p. 115-122, mar. 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832340011.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2022.

VIEIRA, A. D. F. P. **Avaliação das crenças com relação aos idosos e da formação na área de envelhecimento dos médicos da estratégia saúde da família do município de Anapólis-GO**. 2016. 62 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://bdt.d.ucb.br:8443/jspui/handle/tede/2177>. Acesso em: 20 mar. 2021.

VIEIRA, A. D. F. P. *et al.* Capacitação, conhecimentos e crenças de médicos da Atenção Primária à Saúde relacionados ao envelhecimento. **Revista Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 329-352, jul. 2019. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/44809/0>. Acesso em: 17 jun. 2021.

VIEIRA, D. C. R.; AQUINO, T. A. A. Vitalidade subjetiva, sentido na vida e religiosidade em idosos: um estudo correlacional. **Temas em Psicologia**, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 483-494, fev. 2016. Disponível: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513754278005.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2022.

VIOLA, C. G. **Construção e validação de um instrumento para análise do prontuário Eletrônico do Cidadão da Estratégia e-SUS Atenção Básica**. 2019. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2019. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-23102019-170743/publico/CAROLINAGRIGOLATOVIOLA.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2022.

VIRTUOSO, J. F. *et al.* Força de preensão manual e aptidões físicas: um estudo preditivo com idosos ativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 775–784, dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/cWBFw5sSJPtK7M6LQ7BQ6D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2022.

VISINTIN, E. P. Contact with older people, ageism, and containment behaviours during the COVID -19 pandemic. **Journal of Community & Applied Social Psychology**, [S.l.], v. 31, n. 3, p. 314–325, 25 jan. 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/casp.2504>. Acesso em: 22 set. 2022.

WALDROP, D. P. *et al.* More than a Set of Teeth. **Gerontology & Geriatrics Education**, [London], v. 27, n. 1, p. 37-56, Sept. 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16873208/>. Acesso em: 26 mar. 2022.

WANG, C. C. *et al.* The Chinese version of the facts on aging quiz scale: Reliability and validity assessment. **International Journal of Nursing Studies**, [S.l.], v. 47, n. 6, p. 742-752, June. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20022322/>. Acesso em: 26 mar. 2022.

WILSON, F. R.; PAN, W.; SCHUMSKY, D. A. Recalculation of the Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio. **Measurement and Evaluation in Counseling and Development**, [S.l.], v. 45, n. 3, p. 197-210, Mar. 2012. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0748175612440286?journalCode=mecb>. Acesso em: 6 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde / tradução Suzana Gontijo**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 20 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Death on the roads**. [S.l.], [2018?]. Disponível em: <https://extranet.who.int/roadsafety/death-on-the-roads/#deaths>. Acesso em: 03 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on road safety 2018 summary**. [S.l.], 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277370/WHO-NMH-NVI-18.20-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 03 abr. 2022.

WURM, S. *et al.* How do views on aging affect health outcomes in adulthood and late life? Explanations for an established connection. **Developmental Review**, [S.l.], v. 46, p. 27-43, set. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8081396/> Acesso em: 17 jun. 2021.

YAMASHIRO, J. A. **Atitudes sobre a velhice e convivência intergeracional: professores, familiares e crianças do ensino fundamental**. 2018. 238 p. Tese (Doutorado em Educação especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/10430>. Acesso em: 20 mar. 2022.

YANG, Y. *et al.* General practitioners' knowledge of ageing and attitudes towards older people in China. **Australasian Journal on Ageing**, [S.l.], v. 34, n. 2, p. 82–87, 9 Oct. 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24118793/>>. Acesso em: 30 out. 2022.

YAO, G.-Y. *et al.* The Moderating Role of Empathy Profiles in the Relationship Between Knowledge About Aging and Attitudes Toward Older Adults Among Nursing Students. **Frontiers in Psychology**, [S.l.], v. 12, 18 Oct. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8558622/>. Acesso em: 22 out. 2022.

YUSOFF, M. S. B. ABC of content validation and content validity index calculation. **Education in Medicine Journal**. [S.l.], v. 11, n. 2, p. 49-54, Oct. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.2.6>. Acesso em: 03 abr. 2022.

ZENEVICZ, L.; MORIGUCHI, Y.; MADUREIRA, V. S. F. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [São Paulo], v. 47, n. 2, p. 433-439, abr. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pcKcNVcMjJ5WckRV3sX3MBf/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2022.

ZISBERG, A., TOPAZ, M., BAND-WINTERSHTEIN, T. Cultural- and educational-level differences in students knowledge, attitudes, and preferences for working with older adults: an israeli perspective. **Journal of Transcultural Nursing**. [S.l.], v. 26, n. 2, p. 193-201, Mar. 2015. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043659614526252>. Acesso em: 20 mar. 2022.

**APÊNDICE A – Carta convite: Atualização Questionário Palmore-Neri-Cachioni de
Conhecimentos Básicos sobre a Velhice**

**CARTA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA DE MESTRADO COMO
ESPECIALISTAS NA ÁREA DE GERIATRIA/ GERONTOLOGIA.**

Prezado (a) **Nome da pessoa**,

Vimos convidar Vossa Senhoria para participar da pesquisa: “Análise de atitudes e conhecimentos acerca da pessoa idosa no contexto da Atenção Primária à Saúde”, na qualidade de especialista/ expert.

A fim de que alcancemos nossos objetivos com esta pesquisa, pretendemos aplicar aos profissionais de saúde da Atenção Primária (população do nosso estudo), um instrumento por nome: Questionário Palmore- Neri- Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice, com o intuito de avaliar os conhecimentos básicos destes profissionais acerca da velhice e do processo de envelhecimento.

O questionário em questão consta de 25 perguntas de múltipla escolha sobre conhecimentos gerais acerca da pessoa idosa. Contudo, suas respostas são passíveis de mudanças com o decorrer do tempo. Assim, como etapa anterior à validação de conteúdo que pretendemos realizar, necessitamos proceder com a atualização das questões do questionário e temos certeza que a sua experiência na área da Geriatria e Gerontologia é essencial para a excelência dessa pesquisa.

Sua participação consistirá em atualizar o questionário, por ser uma especialista/expert na área. O senhor (a) irá selecionar aquelas questões que se encontram com suas respostas desatualizadas a fim de atualizá-las de acordo com a literatura científica especializada, identificando no formulário de atualização qual é a resposta correta de cada questão atualizada e anexando ao e-mail de devolução, preferencialmente, o link e o arquivo das referências utilizadas para atualização de cada questão. Após a conclusão dessa etapa de atualização, o instrumento passará pelas demais etapas pretendidas, a saber: validação de conteúdo, teste de confiabilidade e posterior aplicação aos profissionais de saúde da APS, população da pesquisa.

Os procedimentos aos quais você será submetido (a) serão: responder um formulário para caracterização acadêmica, profissional e sociodemográfica, atualizar as respostas do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice e disponibilizar as referências utilizadas às pesquisadoras. Você receberá uma carta explicativa com a apresentação do instrumento, bem como orientações para a atualização das repostas. Todo o processo será realizado de forma virtual, utilizando-se do e-mail para envio do formulário eletrônico e arquivos em word para condução da etapa supracitada.

Caso aceite participar, solicitamos a sua colaboração para devolver via e-mail, a atualização do instrumento até dia **18/02/2022**.

A pesquisa faz parte de um projeto multicêntrico denominado: “Rede para enfrentamento da obesidade e outras doenças crônicas em Minas Gerais – RENOB-MG: Excelência em gestão na Atenção Primária à Saúde”, sob coordenação da Profa. Dra. Helen Hermana Miranda Hermsdorff, da Universidade Federal de Viçosa, sendo financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Viçosa - UFV (CAAE: 43590621.4.1001.5153, número do parecer: 4.664.786). Essa pesquisa vincula-se também à dissertação a ser desenvolvida por mim, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Longevidade, da Universidade Federal de Alfenas, sob orientação da Profa. Dra. Fernanda de Carvalho Vidigal.

Posto isto, esperamos por sua valiosa participação para a atualização das respostas do instrumento. Em caso de aceite em contribuir, solicito que envie por e-mail, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) preenchido e assinado pelo senhor (a), para que eu possa encaminhar o instrumento, os formulários e a carta instrutiva. Se por ventura, o senhor (a) não aceitar participar, gostaria de lhe agradecer pela atenção e leitura desta carta convite.

Cordialmente,



Mayra Marcela Ribeiro Simião
Mestranda em Nutrição e Longevidade
PPGNL/UNIFAL-MG



Profa. Dra. Fernanda de Carvalho Vidigal
Orientadora
Docente do PPGNL/UNIFAL-MG

**APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: atualização do
Questionário Palmore – Neri - Cachioni de Conhecimentos
Básicos sobre a Velhice**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -
TCLE
-Participante da Pesquisa-**

Dados de Identificação

Título da pesquisa: Análise de Atitudes e Conhecimentos acerca da pessoa idosa no contexto da Atenção Primária à Saúde: Manejo da obesidade, hipertensão e diabetes.

Pesquisador(a) responsável: Fernanda de Carvalho Vidigal

Pesquisador(es) participante(s): Mayra Marcela Ribeiro Simião, Tábatta Renata Pereira de Brito, Helen Hermana Miranda Hermsdorff.

Patrocinador (se houver): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq

Nome **do** **participante:**

Data de nascimento:

CPF:

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa Análise de atitudes e conhecimentos acerca da pessoa idosa no contexto da Atenção Primária à Saúde: manejo da obesidade, hipertensão e diabetes, de responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Fernanda de Carvalho Vidigal, da Faculdade de Nutrição, da Universidade Federal de Alfenas, juntamente com a nutricionista e mestrandia Mayra Marcela Ribeiro Simião, do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Longevidade. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo você terá a opção de imprimir uma via desse documento ou salvá-la em seu computador. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Ao ler os itens abaixo, você deve declarar se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas da pesquisa ao final desse documento.

1. Esta pesquisa tem por objetivo analisar os conhecimentos e atitudes acerca da pessoa idosa no contexto da Atenção Primária à Saúde, com vistas ao manejo da obesidade, hipertensão e diabetes; realizar a validação de conteúdo do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice; executar a validade de face do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice; avaliar os conhecimentos básicos dos profissionais e gestores de

saúde da atenção primária sobre a pessoa idosa e o processo de envelhecimento; mensurar as atitudes dos profissionais e gestores de saúde da atenção primária sobre a velhice; avaliar a relação entre atitudes e os conhecimentos sobre a velhice; verificar a relação das atitudes e conhecimentos com variáveis sociodemográficas e acadêmico-profissionais; analisar o conhecimento sobre a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pelos profissionais e gestores da atenção primária.

2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em atualizar o questionário, por ser um (a) especialista/expert na área. O Senhor (a) irá selecionar aquelas questões que se encontram com suas respostas desatualizadas a fim de atualizá-las de acordo com a literatura científica especializada, identificando no formulário de atualização, qual é a resposta correta de cada questão atualizada e anexando ao e-mail de devolução, preferencialmente o link e o arquivo das referências utilizadas para atualizar cada questão. Após a conclusão dessa etapa de atualização, o instrumento passará pela etapa de validação de conteúdo, teste de confiabilidade e posterior aplicação aos profissionais de saúde da APS, população-alvo da pesquisa.

Os procedimentos aos quais você será submetido (a) serão: responder um formulário para caracterização acadêmica, profissional e sociodemográfica, atualizar as respostas do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice e disponibilizar as referências utilizadas às pesquisadoras. Você receberá uma carta explicativa com a apresentação do instrumento, bem como orientações para a atualização das repostas. Todo o processo será realizado de forma virtual, utilizando-se do e-mail para envio do formulário eletrônico e arquivos em word para condução da etapa supracitada.

3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos mínimos, sendo eles de caráter físico, já que o (a) participante deverá disponibilizar de seu tempo para preenchimento do formulário e atualização do instrumento, ou de caráter psíquico, devido ao desconforto psicológico que poderá ser gerado pela abrangência e complexidade do conteúdo. Para minimizar os riscos relativos à disponibilidade de tempo, serão garantidas informações necessárias para responder o formulário e realizar a atualização das repostas do questionário. Já para a minimização do risco psíquico, serão garantidas a retirada de seu consentimento prévio, ou simplesmente interrupção do preenchimento das repostas e não envio dos formulários, caso desista de participar da pesquisa. Também será garantida a liberdade de recusar a ingressar e participar da pesquisa, sem nenhuma penalização por parte das pesquisadoras.

4. Ao participar desta pesquisa, você contribuirá diretamente com a obtenção de um instrumento atualizado para identificar conhecimentos gerais sobre a velhice. Indiretamente, você contribuirá com a caracterização dos profissionais de saúde em relação aos seus conhecimentos sobre a velhice, permitindo um melhor direcionamento de intervenções em relação à formação acadêmica, permanente e continuada destes sujeitos, a fim de prepará-los para o atendimento eficiente à pessoa idosa.

5. Se aceitar a participar da pesquisa, sua colaboração terá a duração de no máximo 15 dias. Pois, solicitamos que nos devolva o material respondido via e-mail **até dia 18/02/2022**.

6. Você não terá nenhuma despesa direta por sua participação na pesquisa, pois os formulários são totalmente gratuitos. Reforçando que deixará de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

7. Você foi informado e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito à buscar ressarcimento.

8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito a assistência integral e imediata, de forma gratuita pelo patrocinador e/ou pesquisador responsável, pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização.

9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

10. Você foi informado(a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados por meio de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.

11. Os dados e formulários utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, e depois desse tempo, os mesmos serão destruídos. Firmamos o compromisso de que os seus dados serão utilizados, apenas, para fins da pesquisa e divulgados, somente, em eventos e periódicos científicos.

12. Você poderá consultar a pesquisadora Profa. Dra. Fernanda de Carvalho Vidigal, no seguinte telefone 31 98816-XXXX ou email fernanda.vidigal@unifal-mg.edu.br e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

**O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.*

Eu,

CPF nº , declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Cidade , 07 de fevereiro de 2022

Rubrica da pesquisadora: *Baigal*
218 de 364

Rubrica do(a) participante:

Pág.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Baigal

(Assinatura do pesquisador responsável / pesquisador participante)

**APÊNDICE C – Formulário de caracterização dos especialistas: atualização do
Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos
sobre a Velhice**

Caracterização dos especialistas/ experts em Geriatria/ Gerontologia

Este formulário visa a caracterização sociodemográfica e acadêmica/ profissional dos especialistas/experts que irão participar da etapa de ATUALIZAÇÃO do instrumento: Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice

E-mail *

E-mail válido

Este formulário está coletando e-mails. [Alterar configurações](#)

Nome Completo *

Texto de resposta curta

Data de nascimento *

Mês, dia, ano 

Sexo *

Feminino

Masculino

Formação acadêmica (graduação) *

Texto de resposta curta

Há quanto tempo você terminou sua graduação *

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 5 a 10 anos
- 10 a 15 anos
- Mais de 15 anos

Qual a sua maior titulação? *

- Mestrado (concluído)
- Mestrado (em andamento)
- Doutorado (concluído)
- Doutorado (em andamento)
- Pós-doutorado (concluído)
- Pós-doutorado (em andamento)

Você detém o título de especialista em Geriatria/ Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)? *

- Sim
- Não

...

Qual a sua experiência/ expertise na área da Geriatria e Gerontologia? *

Assinale uma ou mais opções que condizem com a sua expertise na área do envelhecimento humano

- Mestrado em Gerontologia
- Mestrado em outra área, mas com dissertação relativa à Gerontologia
- Doutorado em Gerontologia
- Doutorado em outra área, mas com tese relativa à Gerontologia
- Especialização em geriatria/ gerontologia

- Artigo(s) publicado(s) na área da Geriatria e Gerontologia
- Participação em grupo de estudos/ pesquisa na área da Geriatria e Gerontologia
- Atuação profissional, fora do âmbito acadêmico, na área da Geriatria e Gerontologia (Mínimo 1 ano)
- Pesquisa (s) na área da Geriatria e Gerontologia
- Livro (s) ou capítulo (s) de livro(s) publicados na área da Geriatria e Gerontologia
- Docência em curso de Graduação em Gerontologia (Mínimo 1 ano)
- Docência em outro curso de Graduação, ministrando disciplinas relativas à área de Geriatria e Gerontologi...
- Docência em curso Pós-graduação em Geriatria/ Gerontologia (Mínimo 1 ano)
- Docência em outro curso de Pós-graduação, ministrando disciplinas relativas à área de Geriatria e Geront...
- Outro

Você trabalha em qual cidade e estado? *

Texto de resposta curta

.....

Qual o local onde você trabalha? *

Descreva aqui o local onde você trabalha

Texto de resposta curta

.....

APÊNDICE D – Carta instrutiva: atualização do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice

APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PALMORE-NERI-CACHIONI DE CONHECIMENTOS BÁSICOS SOBRE A VELHICE

A correlação existente entre atitudes, estereótipos e conhecimentos sobre a velhice é reconhecida e estas se relacionam com a forma com que os profissionais tratam a pessoa idosa. Sendo assim, o autor Erdman Palmore em 1977, publicou a primeira versão do “*Facts on Aging Quiz*”- FAQ 1, instrumento com o intuito de avaliar o nível de conhecimento e também de estereótipos de indivíduos acerca da velhice e seu processo. O instrumento conta com 25 questões no estilo verdadeiro/ falso (V ou F), abrangendo os aspectos físicos, cognitivos, psicológicos e sociais.

Logo, no ano de 1981, o mesmo autor publicou a segunda versão, o “*Facts on Aging Quiz*”- FAQ 2, também com 25 questões de verdadeiro/ falso, com o objetivo de complementar a versão anterior, podendo ser usado a) isoladamente; b) após intervenções como cursos e workshops com o público-alvo, quando aplicado o FAQ 1 antes da intervenção; c) em conjunto com a primeira versão, para uma avaliação mais completa dos conhecimentos gerais sobre o envelhecimento.

Mais tarde, em 1994 os autores Harris & Changas, desenvolveram pela primeira vez uma versão de múltipla escolha do FAQ 2, de Palmore de 1981, onde além de existir uma resposta correta, as alternativas erradas, significavam diferentes graus de preconceito. Os autores então, verificaram que a nova versão diminuiu substancialmente o acerto por “chute”, o que culmina em maior probabilidade da resposta certa ser um reflexo conciso do conhecimento da pessoa questionada, além de apresentar maior consistência interna e confiabilidade, tendência a um maior poder discriminatório e identificou de forma mais específica alguns erros sobre a velhice.

Dois anos depois, em 1996, Harris & Changas, juntamente com Erdman Palmore desenvolveram e testaram uma versão de múltipla escolha, para o FAQ 1. Eles também encontraram menores chances de adivinhação da resposta certa, a confiabilidade da versão V ou F foi maior, porém, na versão de múltipla escolha, o erro de medição foi menor em pessoas com médio e alto grau de conhecimento e, reforçam que uma grande vantagem do uso do FAQ 1 múltipla escolha é a sua capacidade de identificar erros mais específicos sobre o envelhecimento.

Diante do exposto, a autora Meire Cachioni (2002), em sua tese de doutorado traduziu e adaptou o “*Facts on Aging Quiz*”- FAQ 1 da versão de múltipla escolha de Harris, Changas e Palmore (1996), para o Brasil, a fim de aplicar em profissionais e estudantes da área da gerontologia. Essa versão conta com 25 questões de múltipla escolha, cobrindo os mesmos domínios (físico, cognitivo, psicológico e social), recebendo o nome de “*Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice*”. Nesta versão, a autora descartou a ideia das respostas refletirem um gradiente de preconceito, com isso, as questões contavam com uma única resposta certa, que fosse factível de constatação na literatura e na prática.

A autora, em sua tese, realizou uma validação de conteúdo e análise de consistência interna e, o instrumento apresentou valores satisfatórios. Contudo, ao decidir juntamente com minha orientadora, Profa. Dra. Fernanda de Carvalho Vidigal, por utilizar a versão brasileira, traduzida e adaptada por Meire Cachioni (2002), entrei em contato com a autora e também com

a orientadora de sua tese, a Dra. Anita Neri Liberalesso para obter informações acerca de um possível estudo de validação do instrumento publicado por elas, mas ambas responderam não haver publicado nenhum estudo de validação. Ao perguntar à Profa. Dra. Meire Cachioni sobre a necessidade de atualização das respostas de algumas questões, ela sugeriu que procedêssemos com a atualização de **todas** as questões do questionário, pois estas são passíveis de mudanças com o decorrer do tempo. Assim, realizaremos a etapa de atualização “*Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice*”, que será seguida de um estudo de validade de conteúdo do mesmo, para posterior aplicação à profissionais de saúde da atenção primária do estado de Minas Gerais.

Posto isso, reconhecemos a experiência/ expertise do Senhor (a) na área da Geriatria e Gerontologia e confiamos que sua contribuição na etapa de **atualização** será de suma importância para o sucesso da dissertação de Mestrado: “*Análise de Atitudes e Conhecimentos acerca da pessoa idosa no contexto da Atenção Primária à Saúde: Manejo da obesidade, hipertensão e diabetes*”, a ser desenvolvida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Longevidade da UNIFAL- MG.

INSTRUÇÕES PARA A ATUALIZAÇÃO

Prezado (a) especialista, abaixo seguem as instruções para realização da atualização do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice. Caso ainda, reste qualquer dúvida, não hesite em contatar-me, por e-mail ou WhatsApp para mais esclarecimentos acerca desta etapa.

Instruções iniciais

O Senhor (a) recebeu via e-mail um arquivo em PDF, com o instrumento completo, nomeado: “Cachioni_2002_Questionário_Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice”. Assim, sugerimos que antes de iniciar o processo de atualização, faça uma leitura atenta do questionário e quando for dar início, mantenha-o aberto em seu computador.

Para proceder com a atualização, também sugerimos que o Senhor (a) faça a leitura do arquivo em Word nomeado: “Formulário_Atualização_Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice”, para posterior preenchimento de seus campos.

Por fim, orientamos que durante a leitura desta carta instrutiva, esteja com o formulário para atualização aberto, a fim de auxiliar a compreensão das explicações que se seguem.

Formulário de Atualização

Primeiramente, gostaríamos de solicitar que o preenchimento do formulário pelo senhor (a), fosse realizado com a cor **vermelha**, para maior destaque e auxílio na conferência de que todos os campos foram adequadamente preenchidos, antes do senhor (a) nos devolver o formulário respondido.

Para cada uma das **25 questões**, o Senhor (a) deverá responder:

I) A resposta desta questão precisa ser atualizada?

Formato da resposta: Para responder esse item de número I, o Senhor (a) deverá selecionar uma opção, (Sim ou Não), marcando com um “x”

Objetivo: Aqui, o objetivo é identificar se a resposta da questão necessita ser atualizada/ modificada em relação ao seu conteúdo, mediante a consulta em dados mais atuais e, não em relação às alternativas (qual das alternativas da questão seria a correta).

Assim, mesmo que por ventura, a resposta atualizada coincida com uma das alternativas, a opção que deverá ser selecionada será a opção “SIM”.

Caso, ao consultar a literatura atual, não encontrar nenhum dado que justifique a atualização/ modificação da resposta, marcar a opção “NÃO”.

II) Qual sua sugestão de reposta atualizada?

Formato da resposta: Resposta aberta (**texto**).

Objetivo: O objetivo desse item de número II é obter sua sugestão de resposta atualizada/ modificada para a questão. Caso o Senhor(a) tenha marcado a opção “NÃO”, no **item I**, porque mediante à consulta na literatura atual, a resposta permaneceu inalterada, digite no campo reservado ao preenchimento do **item II**, a seguinte frase: “*Resposta mantida após atualização*”.

III) Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Formato da resposta: Resposta aberta (**texto**). Solicitamos que indique até 3 referências bibliográficas diferentes. Caso não preencha todas as 3 referências, responder no campo de resposta: “**NA**”, de Não se Aplica, nas referências que sobraem.

***Observação:** É necessário incluir as referências das questões cuja opção marcada no item I, foi “NÃO”.

Objetivo: Visa identificar qual (is) referências o Senhor (a) utilizou para embasar sua opinião, para que as pesquisadoras possam dar seguimento a etapa de atualização com a obtenção da versão atualizada do questionário.

Assim, solicitamos a **inclusão do link de acesso sempre que possível**. Caso não haja o link, preencher a referência no espaço adequado e, se possível, enviar o documento na íntegra no momento de devolver o formulário de atualização respondido, indicando ao final da referência: “**Arquivo via e-mail**”.

Veja abaixo o exemplo das situações supracitadas:

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 01:

Referência 02:

Referência 03:

IV) Sugestões/ Comentários

Formato da resposta: Resposta aberta (**texto**).

Objetivo: Com esse item de número IV, objetivamos disponibilizar um espaço para eventuais comentários/ sugestões referentes à questão e/ou sua resposta. Caso não haja nenhuma sugestão ou comentário, indicar com: “**NA**”. Veja o exemplo abaixo:

IV. Sugestões/ Comentários:

NA

Bom trabalho!

Referências

CACHIONI, M. **Formação profissional, motivos e crenças relativas à velhice e ao desenvolvimento pessoal entre os professores de universidades da terceira idade.** Tese (Doutorado em Gerontologia), 2002. 302 f. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2002.

HARRIS, K. D.; CHANGAS, S. P. Revision of Palmore’s Second facts on Aging Quiz From a True-False to a Multiple-Choice Format. **Educational Gerontology**, [S.l.], v. 20, n. 8, p. 741-754, [s.d.], 1994.

HARRIS, K. D.; CHANGAS, S. P.; PALMORE, B. E. Palmore’s First Facts on Aging Quiz in a Multiple-Choice Format. **Educational Gerontology**, [S.l.], v. 22, n. 6, p. 575-589, [s.d.], 1996.

PALMORE, E. B. The Facts on Aging Quiz: Part Two. *The Gerontologist*, [S.l.], v. 21, n. 4, p. 431-437, [S.d.], 1981.

PALMORE, E. Facts on Aging: A short quiz. **The Gerontologist**, [S.l.], v. 17, n. 6, p. 315-320, Aug. 1977.

APÊNDICE E – Formulário de atualização: Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos Sobre a Velhice

Formulário para atualização do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos básicos sobre a velhice

Nome: _____

Q.01

A proporção de pessoas de mais de 65 anos que apresentam problemas cognitivos severos é:

- a) uma em 100*
- b) uma em 10 **
- c) uma em duas*
- d) a maioria*

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

- SIM
- NÃO

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q.02

Os sentidos que tendem ao enfraquecimento na velhice são:

- a) a visão e a audição*
- b) o paladar e o olfato*
- c) a visão, a audição e o tacto*
- d) todos os sentidos **

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

- SIM**
- NÃO**

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q.03

A maioria dos casais acima de 65 anos:

- a) perdem o interesse por sexo **
- b) não são capazes de ter relações sexuais*
- c) continuam a praticar sexo regularmente*
- d) tem alta frequência de atividade sexual*

- I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?**
 SIM
 NÃO

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____
Referência 2: _____
Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q.04

A capacidade pulmonar nos idosos saudáveis:

*a) tende a declinar **

b) tende a manter-se

c) tende a melhorar

d) não tem relação com idade

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

SIM

NÃO

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q.05

A satisfação com a vida entre idosos:

- a) não existe*
- b) é maior do que entre os jovens **
- c) é menor do que entre os jovens*
- d) não tem relação com a idade*

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

SIM

NÃO

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q.06

A força física em idosos saudáveis:

*a) tende a declinar com a idade **

b) tende a permanecer a mesma

c) tende a aumentar

d) não tem relação com idade

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

SIM

NÃO

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q.07

A proporção de brasileiros de mais de 65 anos que residem em asilos e casas de repouso é de:

- a) 1 para 100 **
- b) 10 para 100*
- c) 25 para 100*
- d) 50 para 100*

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

- SIM
- NÃO

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____
Referência 2: _____
Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q.08

O número de acidentes em motoristas com mais de 65 anos, em comparação com os de 30 a 40 anos é:

- a) maior*
- b) a mesma*
- c) menor **
- d) desconhecida*

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

- SIM**
- NÃO**

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q.09

Em comparação com os trabalhadores de 25 a 35 anos, os de 50 a 60 anos apresentam:

- a) maior eficiência*
- b) a mesma eficiência*
- c) menor eficiência*
- d) depende do tipo de trabalho **

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

- SIM**
- NÃO**

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q.10

A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que se mantêm ativas é:

- a) pequena*
- b) média*
- c) grande **
- d) não tem relação com a idade*

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

- SIM**
- NÃO**

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q.11

A flexibilidade para adaptar-se a mudanças entre pessoas de 60 a 70 anos é:

- a) pequena **
- b) média*
- c) grande*
- d) não tem relação com a idade*

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

SIM

NÃO

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q.12

Em comparação com os jovens, a capacidade de aprender de pessoas de 60 a 70 anos é:

- a) menor **
- b) igual*
- c) maior*
- d) não depende da idade*

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

SIM

NÃO

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q.13

Em comparação com os jovens, os velhos têm a seguinte propensão à depressão:

- a) maior **
- b) menor*
- c) igual*
- d) não depende de idade*

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

- SIM**
- NÃO**

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q.14

Em comparação com os jovens, a velocidade de reação das pessoas de 60 a 70 anos é:

- a) menor **
- b) igual*
- c) maior*
- d) não depende da idade*

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

- SIM**
- NÃO**

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q.15

Em comparação com os jovens, os velhos:

- a) valorizam mais as amizades chegadas/próximas **
- b) buscam mais fazer novos amigos*
- c) têm pouco interesse em amizades*
- d) não depende de idade*

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

- SIM
- NÃO

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q.16

Em comparação com os jovens, os velhos são:

- a) mais emotivos*
- b) menos emotivos*
- c) igualmente emotivos*
- d) não depende de idade **

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

- SIM**
- NÃO**

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q.17

A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que vivem sozinhas é:

- a) pequena **
- b) média*
- c) grande*
- d) não tem relação com a idade*

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

- SIM**
- NÃO**

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q.18

A taxa de acidentes de trabalho entre adultos mais velhos tende a ser:

- a) maior*
- b) igual*
- c) menor*
- d) depende do tipo de tarefa **

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

- SIM**
- NÃO**

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q.19

A porcentagem de brasileiros acima de 60 anos é:

- a) 8,2% *
- b) 4,5%
- c) 13%
- d) 23%

- I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?**
 SIM
 NÃO

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q. 20

No sistema público de saúde o tratamento dos idosos em comparação com os jovens tem prioridade:

- a) menor **
- b) igual*
- c) maior*
- d) não tem relação com a idade*

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

- SIM
- NÃO

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q. 21

A maioria dos idosos brasileiros tem rendimento mensal de:

- a) até 1 salário mínimo **
- b) 1 a 3 salários mínimos*
- c) 3 a 5 salários mínimos*
- d) 5 a 10 salários mínimos*

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

- SIM
- NÃO

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q. 22

A maioria dos idosos são:

a) economicamente ativos

*b) socialmente produtivos, mas economicamente inativos **

c) improdutivos

d) aposentados

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

SIM

NÃO

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q. 23

A religiosidade tende a:

- a) crescer com a idade **
- b) diminuir com a idade*
- c) manter-se com a idade*
- d) não tem relação com a idade*

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

SIM

NÃO

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q. 24

Com a idade, a maioria dos idosos:

- a) torna-se mais emotiva*
- b) torna-se menos emotiva*
- c) torna-se emocionalmente mais seletiva **
- d) não muda*

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

SIM

NÃO

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Q. 25

Em comparação com as velhas gerações, as próximas gerações de idosos serão:

- a) mais educadas **
- b) menos educadas*
- c) tão educadas quanto*
- d) não é possível prever*

I. A resposta desta questão precisa ser atualizada?

SIM

NÃO

Se o Senhor (a) marcou “SIM”, responda os itens que se seguem (II, III e IV), se a opção marcada foi “NÃO”, dê seguimento a partir do item III.

II. Qual sua sugestão de resposta atualizada?

III. Qual (is) referências o Senhor (a) utilizou que justificam sua opinião?

Referência 1: _____

Referência 2: _____

Referência 3: _____

IV. Sugestões/ Comentários:

Agradecemos sua contribuição!

**APÊNDICE F – Carta convite: avaliação da validade de conteúdo do Questionário
Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice**

**CARTA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA DE MESTRADO COMO
MEMBRO DO COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTAS NA ÁREA DE GERIATRIA/
GERONTOLOGIA.**

Prezado (a) **Nome da pessoa**,

Vimos convidar Vossa Senhoria para participar da pesquisa: “Análise de atitudes e conhecimentos acerca da pessoa idosa no contexto da Atenção Primária à Saúde: manejo da obesidade, hipertensão e diabetes”, na qualidade de Juiz.

A fim de que alcancemos nossos objetivos com esta pesquisa, pretendemos aplicar aos profissionais de saúde da Atenção Primária (população do nosso estudo), um instrumento denominado: Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice, com o intuito de avaliar os conhecimentos gerais destes profissionais acerca da velhice e do processo de envelhecimento.

Assim, para cumprirmos uma etapa metodológica essencial para a utilização de instrumentos de medida em pesquisas científicas, pretendemos realizar a avaliação da validade de conteúdo deste instrumento e acreditamos que a sua experiência na área da Geriatria e Gerontologia é essencial para a excelência dessa pesquisa.

Sua participação consistirá no julgamento da qualidade do instrumento, da abrangência dos domínios do conteúdo, além da clareza e pertinência de cada item, com a finalidade de se obter a versão deste instrumento que será procedida de análise de compreensibilidade e aplicação aos profissionais de saúde da APS, população da pesquisa.

Os procedimentos aos quais você será submetido (a) serão: responder um formulário para caracterização acadêmica, profissional e sociodemográfica, avaliar o conteúdo do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice, cada domínio e cada item, por meio de parâmetros de psicometria. Você receberá uma carta explicativa com a apresentação sumária do instrumento, bem como orientações para a avaliação do conteúdo. Todo o processo será realizado de forma virtual, utilizando-se do e-mail para envio dos formulários eletrônicos e arquivos em word para condução da etapa supracitada. Caso aceite participar, solicitamos a sua colaboração para devolver a avaliação do instrumento em **até a data máxima de 25 de Março de 2022**.

O estudo faz parte de um projeto de pesquisa multicêntrico denominado: “Rede para enfrentamento da obesidade e outras doenças crônicas em Minas Gerais – RENOB-MG: Excelência em gestão na Atenção Primária à Saúde”, sob coordenação da Profa. Dra. Helen Hermana Miranda Hermsdorff, da Universidade Federal de Viçosa, UFV, contando com a colaboração da Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL-MG, Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, e Universidade Federal de São João del Rei, UFSJ, sendo financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Viçosa - UFV (CAAE: 43590621.4.1001.5153, número do parecer: 4.664.786). Essa pesquisa vincula-se também à dissertação a ser desenvolvida por mim, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Longevidade, da Universidade Federal de Alfenas, sob orientação da Profa. Dra. Fernanda de Carvalho Vidigal.

Posto isto, esperamos pela sua valiosa participação para a avaliação do conteúdo do instrumento. **Em caso de aceite em contribuir, solicitamos que nos devolva por e-mail o**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) preenchido e assinado o mais breve possível, para que possamos lhe encaminhar o instrumento a ser avaliado, os formulários e a carta instrutiva. Se por ventura, o Senhor (a) não aceitar participar, gostaria de lhe agradecer pela atenção e leitura desta carta convite.

Cordialmente,



Mayra Marcela Ribeiro Simião
Mestranda em Nutrição e Longevidade
PPGNL/UNIFAL-MG



Profa. Dra. Fernanda de Carvalho Vidigal
Orientadora
Docente do PPGNL/UNIFAL-MG

APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: validação de conteúdo do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimento Básicos sobre a Velhice-Atualizado

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -
TCLE
-Participante da Pesquisa-**

Dados de Identificação

Título da pesquisa: Análise de atitudes e conhecimentos acerca da pessoa idosa no contexto da Atenção Primária à Saúde: manejo da obesidade, hipertensão e diabetes.

Pesquisador(a) responsável: Fernanda de Carvalho Vidigal

Pesquisador(es) participante(s): Mayra Marcela Ribeiro Simião, Tábatta Renata Pereira de Brito, Helen Hermana Miranda Hermsdorff.

Patrocinador (se houver): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq

Nome **do** **participante:**

Data de nascimento: [Clique aqui para inserir uma data.](#)

CPF:

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa: Análise de atitudes e conhecimentos acerca da pessoa idosa no contexto da Atenção Primária à Saúde: manejo da obesidade, hipertensão e diabetes, de responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Fernanda de Carvalho Vidigal, da Faculdade de Nutrição, da Universidade Federal de Alfenas, juntamente com a nutricionista e mestrandia Mayra Marcela Ribeiro Simião, do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Longevidade. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo você terá a opção de imprimir uma via desse documento ou salvá-la em seu computador. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Ao ler os itens abaixo, você deve declarar se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas da pesquisa ao final desse documento.

1. Esta pesquisa tem por objetivo analisar os conhecimentos e atitudes acerca da pessoa idosa no contexto da Atenção Primária à Saúde, com vistas ao manejo da obesidade, hipertensão e diabetes; realizar a validação de conteúdo do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice; executar a validade de face do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice; avaliar os conhecimentos básicos dos profissionais e gestores de saúde da atenção primária sobre a pessoa idosa e o processo de envelhecimento; mensurar as atitudes dos profissionais e gestores de saúde da atenção primária sobre a velhice; avaliar a relação entre atitudes e os conhecimentos sobre a velhice; verificar a relação das atitudes e conhecimentos com variáveis sociodemográficas e acadêmico-profissionais; analisar o conhecimento sobre a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pelos profissionais e gestores da atenção primária.

2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em atuar na etapa de validação de conteúdo do instrumento: Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice, como membro do painel de juízes, por ser um (a) especialista/expert na área e/ou método em estudo. Sua contribuição se dará mediante ao julgamento da qualidade do instrumento, da abrangência dos domínios do conteúdo, além da clareza e pertinência de cada item, com a finalidade, de se obter a versão do instrumento que será procedida de análise de compreensibilidade e posterior aplicação aos profissionais de saúde da APS, população-alvo da pesquisa. Os procedimentos aos quais você será submetido (a) serão: responder um formulário para caracterização acadêmica, profissional e sociodemográfica, avaliar o conteúdo do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice, cada domínio e cada item, por meio de parâmetros de psicometria. Você receberá uma carta explicativa com a apresentação sumária do instrumento, bem como orientações para a avaliação do conteúdo. Todo o processo será realizado de forma virtual, utilizando-se do e-mail para envio dos formulários eletrônicos e arquivos em word para condução da etapa supracitada.

3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos mínimos, sendo eles de caráter físico, já que o (a) participante deverá disponibilizar de seu tempo para preenchimento do formulário e avaliação do instrumento, ou de caráter psíquico, devido ao desconforto psicológico que poderá ser gerado pela abrangência e complexidade do conteúdo. Para minimizar os riscos relativos à disponibilidade de tempo, serão garantidas informações necessárias para responder o formulário e realizar as avaliações de conteúdo do instrumento. Já para a minimização do risco psíquico, serão garantidas a retirada de seu consentimento prévio, ou simplesmente interrupção do preenchimento das repostas e não envio dos formulários, caso desista de participar da pesquisa. Também será garantida a liberdade de recusar a ingressar e participar da pesquisa, sem nenhuma penalização por parte das pesquisadoras.

4. Ao participar dessa pesquisa, com a confirmação dos resultados esperados, você contribuirá diretamente para a obtenção de um instrumento válido quanto ao seu conteúdo, útil na identificação de conhecimentos gerais sobre a velhice. Indiretamente, você contribuirá com a caracterização dos profissionais de saúde em relação aos seus conhecimentos, permitindo um melhor direcionamento de intervenções em relação à formação acadêmica, permanente e continuada destes sujeitos, a fim de prepará-los para o atendimento eficiente à pessoa idosa.

5. Se aceitar a participar da pesquisa, sua colaboração terá a duração máxima de 18 dias. Pois solicitamos que nos envie de volta o material avaliado **até dia 18/03/2022**.

6. Você não terá nenhuma despesa direta por sua participação na pesquisa, pois os formulários são totalmente gratuitos. Reforçando que deixará de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

7. Você foi informado e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito à buscar ressarcimento.

8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito a assistência integral e imediata, de forma gratuita pelo patrocinador e/ou pesquisador responsável, pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização.

9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

10. Você foi informado(a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados por meio de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.

11. Os dados e formulários utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, e depois desse tempo, os mesmos serão destruídos. Firmamos o compromisso de que os seus dados serão utilizados, apenas, para fins da pesquisa e divulgados, somente, em eventos e periódicos científicos.

12. Você poderá consultar a pesquisadora Profa. Dra. Fernanda de Carvalho Vidigal, no seguinte telefone 31 98816-XXXX ou email fernanda.vidigal@unifal-mg.edu.br e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

**O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.*

Eu,

CPF nº , declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Cidade , [Clique aqui para inserir uma data.](#)

Rubrica da pesquisadora: *Baijal*

Rubrica do(a) participante:

(Assinatura do participante da pesquisa)

Baijal

(Assinatura do pesquisador responsável / pesquisador participante)

APÊNDICE H – Formulário de caracterização dos especialistas: validação de conteúdo do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice- Atualizado

Caracterização dos membros do comitê de juízes especialistas

Este formulário visa uma breve caracterização por meio da coleta de dados sociodemográficos, acadêmicos e profissionais dos membros do comitê de juízes especialistas da etapa de validação de conteúdo do instrumento: Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre Velhice

E-mail *

E-mail válido

Este formulário está coletando e-mails. [Alterar configurações](#)

Nome Completo *

Texto de resposta curta

Data de nascimento *

Mês, dia, ano



Idade em anos *

Texto de resposta curta

Gênero *

Feminino

Masculino

Outro

Prefiro não informar

Formação acadêmica (graduação) *

Texto de resposta curta

Há quanto tempo você terminou sua graduação *

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 5 a 10 anos
- 10 a 15 anos
- Mais de 15 anos

Qual a sua maior titulação? *

- Graduação
- Especialização lato sensu (concluída)
- Especialização lato sensu (em andamento)
- Mestrado (concluído)
- Mestrado (em andamento)
- Doutorado (concluído)
- Doutorado (em andamento)
- Pós-doutorado (concluído)
- Pós-doutorado (em andamento)

Você detém o título de especialista em Geriatria/ Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)? *

- Sim
- Não

Qual a sua experiência/ expertise na área da Geriatria e Gerontologia? *

Assinale uma ou mais opções que condizem com a sua expertise na área do envelhecimento humano

- Especialização lato sensu em geriatria/ gerontologia
- Mestrado em Gerontologia
- Mestrado em outra área, mas com dissertação relativa à Gerontologia
- Doutorado em Gerontologia
- Doutorado em outra área, mas com tese relativa à Gerontologia
- Artigo(s) publicado(s) na área da Geriatria e Gerontologia
- Participação em grupo de estudos/ pesquisa na área da Geriatria e Gerontologia
- Pesquisa (s) na área da Geriatria e Gerontologia
- Livro (s) ou capítulo (s) de livro(s) publicados na área da Geriatria e Gerontologia
- Docência em curso de Graduação em Gerontologia (Mínimo 1 ano)
- Docência em outro curso de Graduação, ministrando disciplinas relativas à área de Geriatria e Gerontologi...
- Docência em curso Pós-graduação em Geriatria/ Gerontologia (Mínimo 1 ano)
- Docência em outro curso de Pós-graduação, ministrando disciplinas relativas à área de Geriatria e Geront...
- Atuação profissional, fora do âmbito acadêmico, na área da Geriatria e Gerontologia (Mínimo 1 ano)
- Atuação profissional com a população idosa, fora do âmbito acadêmico, desenvolvida como parte da sua ...
- Nenhuma

Você tem alguma experiência em construção/ validação de instrumentos de medida? *

Você já auxiliou e/ ou conduziu a construção, adaptação e/ou validação de algum questionário, escala ou instrumento de medida?

- Sim
- Não

Você já participou como membro de um comitê de juizes especialistas em processos de validação de instrumentos de medida/ questionários? *

- Sim
- Não

Você trabalha em qual cidade e estado? *

Texto de resposta curta

.....

Qual o seu local de trabalho? *

Descreva aqui o local onde você trabalha.

Texto de resposta curta

.....

APÊNDICE I – Carta instrutiva: validação de conteúdo do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice- Atualizado

CARTA INSTRUTIVA

APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PALMORE-NERI-CACHIONI DE CONHECIMENTOS BÁSICOS SOBRE A VELHICE

A correlação existente entre atitudes, estereótipos e conhecimentos sobre a velhice é reconhecida e estas se relacionam com a forma com que os profissionais tratam a pessoa idosa (CACHIONI, 2002). Sendo assim, o autor Erdman Palmore em 1977, publicou a primeira versão do “*Facts on Aging Quiz*”- FAQ 1, instrumento com o intuito de avaliar o nível de conhecimento e também de estereótipos de indivíduos acerca da velhice e seu processo. O instrumento conta com 25 questões no estilo verdadeiro/ falso (V ou F), abrangendo os aspectos físicos, cognitivos, psicológicos e sociais.

Logo, no ano de 1981, o mesmo autor publicou a segunda versão, o “*Facts on Aging Quiz*”- FAQ 2, também com 25 questões de verdadeiro/ falso, com o objetivo de complementar a versão anterior, podendo ser usado a) isoladamente; b) após intervenções como cursos e workshops com o público-alvo, quando aplicado o FAQ 1 antes da intervenção; c) em conjunto com a primeira versão, para uma avaliação mais completa dos conhecimentos gerais sobre o envelhecimento.

Mais tarde, em 1994 os autores Harris & Changas, desenvolveram pela primeira vez uma versão de múltipla escolha do FAQ 2, de Palmore (1981), onde além de existir uma resposta correta, as alternativas erradas, significavam diferentes graus de preconceito. Os autores então, verificaram que a nova versão diminuiu substancialmente o acerto por “chute”, o que culmina em maior probabilidade da resposta certa ser um reflexo conciso do conhecimento da pessoa questionada, além de apresentar maior consistência interna e confiabilidade, tendência a um maior poder discriminatório e identificou de forma mais específica alguns erros sobre a velhice.

Dois anos depois, em 1996, os mesmos autores, Harris & Changas, juntamente com Erdman Palmore desenvolveram e testaram uma versão de múltipla escolha, para o FAQ 1. Eles também encontraram menores chances de adivinhação da resposta certa, a confiabilidade da versão V ou F foi maior, porém, na versão de múltipla escolha, o erro de medição foi menor em pessoas com médio e alto grau de conhecimento e, reforçam que uma grande vantagem do uso do FAQ 1 múltipla escolha é a sua capacidade de identificar erros mais específicos sobre o envelhecimento.

Diante do exposto, a autora Meire Cachioni (2002), em sua tese de doutorado traduziu e adaptou o “*Facts on Aging Quiz*”- FAQ 1 da versão de múltipla escolha de Harris, Changas e Palmore (1996), para o Brasil, a fim de aplicar em profissionais e estudantes da área da gerontologia. Essa versão conta com 25 questões de múltipla escolha, cobrindo os mesmos domínios (físico, cognitivo, psicológico e social), recebendo o nome de “*Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice*”. Nesta versão, a autora descartou a ideia das respostas refletirem um gradiente de preconceito, com isso, as questões contavam com uma única resposta certa, que fosse factível de constatação na literatura e na prática. Algumas dessas questões se enquadram em mais de um domínio, sendo atribuída uma pontuação para cada um. A pontuação máxima é de 30 pontos.

A autora, em sua tese, realizou uma validação de conteúdo e análise de consistência interna e, o instrumento apresentou valores satisfatórios. Assim, ao decidir juntamente com minha orientadora, Profa. Dra. Fernanda de Carvalho Vidigal por utilizar a versão brasileira, traduzida e adaptada por Meire Cachioni (2002), entrei em contato com a autora e também com a orientadora de sua tese, a Dra. Anita Liberalesso Neri para obter informações acerca de um possível estudo de validação do instrumento publicado por elas, mas ambas responderam não haver publicado nenhum estudo de validação.

Tendo tomado conhecimento disto, foi perguntado à Profa. Dra. Meire Cachioni sobre a necessidade de atualização das respostas de algumas questões, sendo sugerido por ela que procedêssemos com a atualização de **todas** as questões do questionário, pois estas são passíveis de mudanças com o decorrer do tempo.

Desta forma, após estudo sobre o instrumento e contato com as autoras, procedemos com a etapa de atualização do “*Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice*”, que foi concluída e devido à esta adaptação, será agora seguida de um estudo de validade de conteúdo para posterior análise de compreensibilidade e aplicação à profissionais de saúde da Atenção Primária do estado de Minas Gerais.

Posto isso, reconhecemos a experiência/ expertise do Senhor (a) na área da Geriatria e Gerontologia e confiamos que sua contribuição na etapa de **validação** será de suma importância para o sucesso da dissertação de Mestrado: “*Análise de atitudes e conhecimentos acerca da pessoa idosa no contexto da Atenção Primária à Saúde: manejo da obesidade, hipertensão e diabetes*”, a ser desenvolvida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Longevidade da UNIFAL- MG.

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Mediante ao processo de atualização do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice, observou-se a necessidade de realizar um estudo de validação de conteúdo, pois esta deve ser realizada mediante a construção ou adaptação de instrumentos de medidas (ALEXANDRE & COLUCI, 2011).

A validade de conteúdo é definida como o grau em que os elementos de um instrumento de avaliação são relevantes e representativos do construto pretendido para um propósito particular de avaliação (YUSOFF, 2019). Assim, para proceder com essa etapa será realizada a avaliação do conteúdo do instrumento pelo comitê de juízes, selecionados mediante suas formações, experiências, qualificação e também disponibilidade, através de metodologia e critérios padronizados (ALEXANDRE & COLUCI, 2011).

Para a avaliação do conteúdo do questionário, o painel de especialistas deverá avaliar os itens do instrumento individualmente quanto a clareza e representatividade, os domínios, quanto a abrangência, bem como a abrangência do instrumento como um todo e, as características do instrumento, como título, formato, instruções, escore dos domínios e escore total quanto à clareza. Poderão também tecer comentários e sugestões de inclusão, exclusão ou melhoria de itens. A concordância entre os juízes será avaliada quantitativamente pelo cálculo do índice de validade de conteúdo (IVC), por meio da pontuação atribuída por uma escala Likert de 4 pontos, onde para avaliação da representatividade (1= Não representativo a 4= Representativo) e para avaliação da clareza, (1= Não claro a 4= Muito Claro). Os itens serão considerados válidos, quando o valor mínimo do IVC for 0,78. Aqueles itens, cuja pontuação seja “1” e “2”, serão revisados ou excluídos. A abrangência dos domínios avaliada

pelo cálculo da taxa de concordância simples, considerando adequados os domínios com concordância $\geq 90\%$ e a validade do instrumento como um todo deve alcançar um IVC mínimo de 0,8 (ALEXANDRE & COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Além do IVC, será calculado o *kappa* modificado que ajusta cada I-IVC (Índice de Validade de Conteúdo para Item), para concordância casual, em que se avalia a concordância entre os juízes de que o item é relevante. Para classificação serão considerados os critérios estabelecidos por Fleiss (1981) e Cicchetti e Sparrow (1981), onde: Regular= *k* de 0,40 a 0,59; Bom= *k* de 0,60–0,74 e Excelente *k* > 0.74 (YUSOFF, 2019).

INSTRUÇÕES PARA A AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE CONTEÚDO

Prezado (a) especialista, abaixo seguem as instruções para realização da avaliação da validade de conteúdo do Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice. Caso ainda, reste qualquer dúvida, não hesite em contatar-me, por e-mail ou WhatsApp para mais esclarecimentos acerca desta etapa.

Instruções iniciais

O Senhor (a) recebeu via e-mail um arquivo em PDF, com o instrumento completo, na sua versão atualizada, nomeado: “Cachioni _2002_ Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice_Versão 2.0”. Assim, sugerimos que antes de iniciar o processo de avaliação, faça uma leitura atenta do questionário e quando for dar início, mantenha-o aberto em seu computador, para facilitar eventuais consultas.

Para proceder com a avaliação, também sugerimos que o senhor (a) faça a leitura antecipada do arquivo nomeado: “Formulário_Validação_Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice” e esteja com ele aberto durante a leitura dessa carta instrutiva, para que feito isso, prossiga com o preenchimento de seus campos.

Formulário de Avaliação

O formulário em que o senhor (a) fará avaliação da validade de conteúdo (Formulário_Validação_Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice) foi enviado em formato Word e PDF, a fim de prevenir quaisquer problemas quanto a desconfiguração do arquivo. Assim, o senhor (a) poderá proceder com a avaliação como desejar, tanto no arquivo em Word, quanto no arquivo em PDF caso disponha de alguma ferramenta tecnológica que permita inserção de textos em arquivos em PDF.

Ao início de cada domínio do instrumento haverá uma breve descrição de seus conceitos/ pressupostos teóricos.

As questões do instrumento (**itens**) serão apresentadas dentro do domínio ao qual pertencem, devido a isso, elas **NÃO** estarão na mesma ordem em que aparecem no questionário.

Cabe ressaltar que existem 4 itens que abarcam mais de um domínio, portanto, atentar-se a isto, pois elas aparecerão mais de uma vez no formulário, sendo uma vez em cada um dos domínios abarcados.

A fim de facilitar o entendimento, abaixo seguem os itens e seus respectivos domínios:

- ✓ Domínio Físico: Q.2, Q.3, Q.4, Q.6, Q.8, Q.9, Q. 10, Q.14 e Q.18;
- ✓ Domínio Cognitivo: Q.1, Q.9 e Q.12;
- ✓ Domínio Psicológico: Q. 3, Q.5, Q.10, Q.11, Q.13, Q.15, Q.16, Q.23 e Q.24;
- ✓ Domínio Social: Q.7, Q. 10, Q.15, Q.17, Q.19, Q.20, Q.21, Q.22 e Q.25;

Note que as questões que abarcam mais de um domínio são: Q.3 – Domínio físico/ psicológico, Q.9- Domínio físico/ cognitivo, Q.10 – Psicológico/ social/ cognitivo, Q.15- Domínio Psicológico/ social.

Vale ressaltar que os domínios e os itens apresentados acima estão na mesma ordem em que aparecem no formulário de avaliação.

Solicitamos que o senhor (a) preencha os campos do formulário de avaliação com a cor **vermelha** para maior destaque e facilitar a sua conferência do adequado preenchimento de todos os campos, antes de nos devolver o formulário respondido.

Quando não houver comentários e/ ou sugestões, preencha o campo em questão com “**NA**”, para termos a certeza de que o senhor (a) passou por aquela questão e realmente não tem nenhum comentário a fazer.

CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DOS DOMÍNIOS E ITENS

A avaliação do instrumento contará com a avaliação dos domínios, a avaliação dos itens, a avaliação do instrumento como um todo e a avaliação das características gerais do instrumento. Para isso serão considerados os critérios propostos por Coluci et al., 2015, como se seguem:

Avaliação dos itens

Clareza: Avaliar a redação dos itens, ou seja, verificar se o conceito pode ser bem compreendido pela forma com que os itens foram redigidos e se expressa adequadamente o que se espera medir.

Representatividade: Avaliar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, se estes são relevantes e se são/ ou estão adequados para atingir os objetivos propostos.

Avaliação dos domínios

Abrangência: Avaliar se cada domínio foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens e se todas as dimensões foram incluídas.

Avaliação do instrumento como um todo

Avaliar a abrangência do instrumento como um todo, se todas as dimensões foram incluídas, se a estrutura e conteúdo estão adequadas ao público-alvo, corretos e representativos.

Avaliar também o título, formato, as instruções, o escore dos domínios e o escore total, quanto a clareza para cada atributo avaliado.

Bom trabalho!

Referências

- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de desconstrução e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva online**. [Rio de Janeiro], v. 16, n. 7, p. 3061-3068, jul. 2011.
- CACHIONI, M. **Formação profissional, motivos e crenças relativas à velhice e ao desenvolvimento pessoal entre os professores de universidades da terceira idade**. Tese (Doutorado em Gerontologia), 2002. 302 f. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2002.
- COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva online**, [Rio de Janeiro], v. 29, n. 3, p. 925-936, mar. 2015.
- HARRIS, K. D. e CHANGAS, S. P. Revision of Palmore's Second facts on Aging Quiz From a True-False to a Multiple-Choice Format. **Educational Gerontology**, [S.l.], v. 20, n. 8, p. 741-754, [s.d.], 1994.
- HARRIS, K. D.; CHANGAS, S. P.; PALMORE, B. E. Palmore's First Facts on Aging Quiz in a Multiple-Choice Format. **Educational Gerontology**, [S.l.], v. 22, n. 6, p. 575-589, [s.d.], 1996.
- PALMORE, E. B. The Facts on Aging Quiz: Part Two. *The Gerontologist*, [S.l.], v. 21, n. 4, p. 431-437, [S.d.], 1981.
- PALMORE, E. Facts on Aging: A short quiz. **The Gerontologist**, [S.l.], v. 17, n. 6, p. 315-320, Aug. 1977.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; OWEN, S. V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. **Research in Nursing & Health**, [New York], v. 30, n. 4, p. 459-467, ago. 2007.
- YUSOFF, M. S. B. ABC of content validation and content validity index calculation. *Education in Medicine Journal*. [S.l.], v. 11, n. 2, p. 49-54, out. 2019.

APÊNDICE J – Formulário para avaliação da validade de conteúdo: Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice- Atualizado

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE CONTEÚDO

Nome: _____

QUESTIONÁRIO PALMORE NERI-CACHIONI DE CONHECIMENTOS BÁSICOS SOBRE A VELHICE

CONSTRUTO: Conhecimentos gerais sobre a velhice e seu processo.

Sabe-se que os **conhecimentos acerca da velhice e seu processo** influenciam as atitudes e estereótipos, que por sua vez impactam no tratamento prestado ao idoso. Com o crescimento da população idosa, crescem também as demandas de prestação de serviços, políticas públicas e pesquisas na área, sendo essencial que hajam profissionais capacitados para tal. Assim, tem-se um importante desafio: Fazer com que estes profissionais envolvidos na formação de recursos humanos e com que os profissionais envolvidos diretamente no atendimento à pessoa idosa possuam uma boa base de conhecimentos gerontológicos para que possam intervir de maneira eficaz em uma sociedade onde a velhice é vista com preconceitos e estereótipos (CACHIONI, 2002).

É preciso lembrar que o processo de envelhecimento é heterogêneo, não podendo ser limitado apenas ao viés etário. Questões como mudanças físicas, cognitivas, mentais, sociais devem ser consideradas na aquisição de conhecimentos gerontológicos (YAMASHIRO, 2018).

Exposto isso, a falta de conhecimento acadêmico sobre a velhice, bem como do entendimento de suas características e potencialidades tem sido colocado como o principal obstáculo para a mudança de crenças e atitudes nos profissionais de saúde (CACHIONI & AGUILAR, 2008; VIEIRA *et al.* 2019).

DOMÍNIO FÍSICO

Conceitos ou pressupostos teóricos: Fisiologicamente, o envelhecimento caracteriza-se por uma limitação em todos os sistemas do organismo em manter seu equilíbrio, levando a alterações funcionais e estruturais. As **alterações físicas do envelhecimento** incluem mudanças externas e internas: as bochechas enrugam e embolsam, devido à perda de massa muscular e enrijecimento das articulações; há perda do tônus da pele,

tornando-a flácida, devido a maior necessidade hídrica; nariz fica mais largo e as orelhas maiores, por conta do crescimento contínuo das extremidades; os ombros tendem a arredondar, já que há perda de massa óssea; há redução da estatura e encurvamento postural, devido a alterações na coluna vertebral e desgaste das vértebras; dificuldades de mobilidade e maior desequilíbrio, devido ao desgaste das vértebras e perda do tônus muscular; mais fraturas ósseas, já que há perda de massa óssea e fragilidade óssea; confusão mental, repetição de comentários, devido a atrofia cerebral, perda neuronal, ineficiência cerebral e redução da cognição; prisão de ventre e problemas para urinar, devido a atrofia dos órgãos internos e metabolismo mais lento (ZIRMERMAN, 2000; CARROLL & SMITH, 2002).

A perda da elasticidade dos pulmões, leva a redução da capacidade pulmonar (STAMATO & MORAES, 2007). Além da redução da massa muscular, há também a perda de força. Os sentidos podem deteriorar-se: em relação à visão, a musculatura ocular demora mais tempo para fazer foco, há necessidade de um grau maior de iluminação, há perda da capacidade da percepção das cores. Quanto a audição, há perda de sons de alta frequência sendo comum o uso de aparelhos auditivos. Quanto ao paladar e olfato, há uma redução da sensibilidade, o que leva ao maior uso de condimentos e temperos fortes (STAMATO & MORAES, 2007).

O organismo fica mais susceptível à infecções. O organismo tende a perder a capacidade de adaptar a situações de estresse, de adaptar-se a novas situações, a tornar ao equilíbrio após variações na temperatura, umidade, horários. A densidade óssea diminuída devido a perdas proteicas e de cálcio levam à osteoporose (STAMATO & MORAES, 2007).

Para além destas alterações, existem outras perdas físicas associadas ao envelhecimento, como problemas cardiovasculares, hipoglicemia devido ao diabetes tipo 1, demências como Alzheimer e Parkinson, hipotonia muscular, redução da flexibilidade do pescoço e tronco, doenças neurológicas, como a epilepsia, déficit de atenção, aumento no tempo de reação, esclerose múltipla, dificuldades em processar informações em relação ao tempo e também à situações como leitura de placas e painéis (STAMATO & MORAES, 2007).

A atividade sexual tende a ser menos intensa e frequente (NETTO, 2004).

ITENS – DOMÍNIO FÍSICO

Q.02. Os sentidos que tendem ao enfraquecimento nos idosos são:

- a) a visão e a audição
- b) o paladar e o olfato
- c) a visão, a audição e o tacto
- d) todos os sentidos *

- O item Q.02 está claro? É compreensível?

() 1= Não está claro () 2= Pouco claro () 3= Bastante claro () 4= Muito claro

Comentários: _____

- O item Q. 02 é representativo ao conceito explorado? É relevante?

<input type="checkbox"/> 1= Não representativo	<input type="checkbox"/> 2= Necessita de grande revisão para ser representativo
<input type="checkbox"/> 3= Necessita de pouca revisão para ser representativo	<input type="checkbox"/> 4= Representativo

Comentários: _____

Q.03. A maioria dos casais acima de 65 anos:

- a) *mantém o interesse por sexo, mas pode ocorrer baixa frequência de atividade sexual **
- b) *não são capazes de ter relações sexuais*
- c) *mantém o interesse por sexo e tem alta frequência de atividade sexual*
- d) *perdem o interesse por sexo e tem alta frequência de atividade sexual*

- O item Q.03 está claro? É compreensível?

<input type="checkbox"/> 1= Não está claro	<input type="checkbox"/> 2= Pouco claro	<input type="checkbox"/> 3= Bastante claro	<input type="checkbox"/> 4= Muito claro
--	---	--	---

Comentários: _____

- O item Q. 03 é representativo ao conceito explorado? É relevante?

<input type="checkbox"/> 1= Não representativo	<input type="checkbox"/> 2= Necessita de grande revisão para ser representativo
<input type="checkbox"/> 3= Necessita de pouca revisão para ser representativo	<input type="checkbox"/> 4= Representativo

b) tende a permanecer a mesma

c) tende a aumentar

d) não tem relação com idade

- O item Q.06 está claro? É compreensível?

() 1= Não está claro () 2= Pouco claro () 3= Bastante claro () 4= Muito claro

Comentários: _____

- O item Q. 06 é representativo ao conceito explorado? É relevante?

() 1= Não representativo

() 2= Necessita de grande revisão para ser representativo

() 3= Necessita de pouca revisão para ser representativo

() 4= Representativo

Comentários: _____

Q. 08. O número de acidentes envolvendo motoristas com mais de 65 anos, em comparação com os de 30 a 40 anos é:

a) maior

b) o mesmo

*c) menor **

d) desconhecido

- O item Q.08 está claro? É compreensível?

() 1= Não está claro () 2= Pouco claro () 3= Bastante claro () 4= Muito claro

Comentários: _____

- O item Q. 08 é representativo ao conceito explorado? É relevante?
 1= Não representativo 2= Necessita de grande revisão para ser representativo
 3= Necessita de pouca revisão para ser representativo 4= Representativo

Comentários: _____

Q.09. Em comparação com os trabalhadores de 25 a 35 anos, os de 50 a 60 anos apresentam:

- a) maior eficiência
- b) a mesma eficiência
- c) menor eficiência
- d) depende do tipo de trabalho *

- O item Q.09 está claro? É compreensível?
 1= Não está claro 2= Pouco claro 3= Bastante claro 4= Muito claro

Comentários: _____

- O item Q. 09 é representativo ao conceito explorado? É relevante?
 1= Não representativo 2= Necessita de grande revisão para ser representativo
 3= Necessita de pouca revisão para ser representativo 4= Representativo

Comentários: _____

Q.10. A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que se mantêm ativas é:

a) *pequena*

b) *média*

c) *grande **

d) *não tem relação com a idade*

- O item Q.10 está claro? É compreensível?

() 1= Não está claro () 2= Pouco claro () 3= Bastante claro () 4= Muito claro

Comentários: _____

- O item Q. 10 é representativo ao conceito explorado? É relevante?

() 1= Não representativo

() 2= Necessita de grande revisão para ser representativo

() 3= Necessita de pouca revisão para ser representativo

() 4= Representativo

Comentários: _____

Q. 14. Em comparação com os jovens, a velocidade de reação das pessoas de 60 a 70 anos é:

a) *menor **

-
-
- O item Q. 18 é representativo ao conceito explorado? É relevante?

() 1= Não representativo

() 2= Necessita de grande revisão para ser representativo

() 3= Necessita de pouca revisão para ser representativo

() 4= Representativo

Comentários: _____

ABRANGÊNCIA DO DOMÍNIO FÍSICO

- O domínio físico foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens? O domínio físico é abrangente?

() 1= Não abrangente

() 2= Necessita de grande revisão para ser abrangente

() 3= Necessita de pouca revisão para ser abrangente

() 4= Abrangente

Comentários: _____

Algum item deve ser removido ou inserido? _____

DOMÍNIO COGNITIVO

Conceitos ou pressupostos teóricos: Em relação aos **aspectos cognitivos do envelhecimento**, observa-se redução do volume de matéria cinzenta principalmente no córtex pré- frontal, sendo associados à redução e morte neuronal e também a diminuição da densidade das sinapses. Associa-se

também à alterações no funcionamento e biodisponibilidade de neurotransmissores, afetando os processos como memória, plasticidade sináptica e aprendizagem. Outro mecanismo seria o acúmulo de proteína beta-amiloide que é característico de indivíduos com demência de Alzheimer e com déficits cognitivos moderados. Mas a perda de volume da matéria branca é significativamente superior à cinzenta, o que predispõe a declínios em processos cognitivos como a memória, associado a isso há também uma perda da função da matéria branca (PEREIRA, 2019).

A perda gradual das funções cognitivas é uma característica do envelhecimento normal. Há uma redução na velocidade de processamento das informações, como ler, memorizar e compreender. A capacidade de concentrar-se, principalmente no que tange a tarefas complexas, como a memória seletiva ou dividida também é afetada. A função executiva também declina, e esta está relacionada a autonomia, independência e propósito na tomada de decisão e inclui funções como raciocínio, planejamento, resolução de problemas (SHNEIDER & IRIGARAY, 2008; FECHINE & TROMPIERY, 2012).

Até os 80 anos a capacidade intelectual pode ser preservada sem danos cerebrais, porém dificuldades em aprender e esquecimentos sem importância ocorrem normalmente até os 70 anos. Problemas em guardar nomes, números de telefones e objetos guardados, são características de maior preocupação dos idosos, pois têm medo de que evolua para um quadro demencial. O declínio cognitivo não é homogêneo, variando quanto ao início e progressão, pois depende de fatores como educação, saúde, capacidade mental específica, entre outros. Contudo, o declínio cognitivo geralmente associa-se ao desuso, doenças, fatores psicológicos, sociais e ambientais, muito mais do que com a velhice em si (SHNEIDER & IRIGARAY, 2008; FECHINE & TROMPIERY, 2012).

ITENS – DOMÍNIO COGNITIVO

Q.01 A proporção de pessoas acima de 60 anos que apresentam demência é:

- a) menor que 1%
- b) entre 2 e 30% *
- c) entre 40 e 70%
- d) maior que 80%

- O item Q.01 está claro? É compreensível?
 1= Não está claro 2= Pouco claro 3= Bastante claro 4= Muito claro

Comentários: _____

- O item Q. 01 é representativo ao conceito explorado? É relevante?

<input type="checkbox"/> 1= Não representativo	<input type="checkbox"/> 2= Necessita de grande revisão para ser representativo
<input type="checkbox"/> 3= Necessita de pouca revisão para ser representativo	<input type="checkbox"/> 4= Representativo

Comentários: _____

Q.09. Em comparação com os trabalhadores de 25 a 35 anos, os de 50 a 60 anos apresentam:

- a) maior eficiência
- b) a mesma eficiência
- c) menor eficiência
- d) depende do tipo de trabalho *

- O item Q.09 está claro? É compreensível?

<input type="checkbox"/> 1= Não está claro	<input type="checkbox"/> 2= Pouco claro	<input type="checkbox"/> 3= Bastante claro	<input type="checkbox"/> 4= Muito claro
--	---	--	---

Comentários: _____

- O item Q. 09 é representativo ao conceito explorado? É relevante?

<input type="checkbox"/> 1= Não representativo	<input type="checkbox"/> 2= Necessita de grande revisão para ser representativo
<input type="checkbox"/> 3= Necessita de pouca revisão para ser representativo	<input type="checkbox"/> 4= Representativo

Comentários: _____

Algum item deve ser removido ou inserido? _____

DOMÍNIO PSICOLÓGICO

Conceitos ou pressupostos teóricos: As **mudanças psicológicas** acompanham o envelhecimento e advém da dificuldade de se adaptar aos novos papéis sociais assumidos, a baixa autoestima, falta de motivação, dificuldades com mudanças repentinas, declínios na saúde e perdas afetivas, suicídios, depressão, entre outros. Um dos principais problemas que acompanham os idosos é a angústia acerca do declínio físico e preocupação com a morte. A atividade física regular é um dos meios para o controle da depressão e ansiedade, sendo seus benefícios não restritos apenas à saúde física, mas à melhorias na qualidade de vida e bem-estar psicológico. (FECHINE & TROMPIERY, 2012).

ITENS – DOMÍNIO PSICOLÓGICO

Q.03. A maioria dos casais acima de 65 anos:

- a) mantém o interesse por sexo, mas pode ocorrer baixa frequência de atividade sexual **
b) não são capazes de ter relações sexuais
c) mantém o interesse por sexo e tem alta frequência de atividade sexual
d) perdem o interesse por sexo e tem alta frequência de atividade sexual

- O item Q.03 está claro? É compreensível?
 1= Não está claro 2= Pouco claro 3= Bastante claro 4= Muito claro

Comentários: _____

Q.10. A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que se mantêm ativas é:*a) pequena**b) média**c) grande ***d) não tem relação com a idade*

- O item Q.10 está claro? É compreensível?

() 1= Não está claro () 2= Pouco claro () 3= Bastante claro () 4= Muito claro

Comentários: _____

- O item Q. 10 é representativo ao conceito explorado? É relevante?

() 1= Não representativo

() 2= Necessita de grande revisão para ser representativo

() 3= Necessita de pouca revisão para ser representativo

() 4= Representativo

Comentários: _____

Q.11. A flexibilidade para adaptar -se a mudanças entre pessoas de 60 a 70 anos é:*a) depende das circunstâncias enfrentadas ao longo da vida ***b) tende a diminuir**c) tende a aumentar**d) não tem relação com a idade*

- O item Q.11 está claro? É compreensível?

() 1= Não está claro () 2= Pouco claro () 3= Bastante claro () 4= Muito claro

() 3= Precisa de pouca revisão para ser representativo

() 4= Representativo

Comentários: _____

Q. 15. Em comparação com os jovens, os idosos:

*a) valorizam mais as amizades chegadas/próximas **

b) buscam mais fazer novos amigos

c) têm pouco interesse em amizades

d) não depende de idade

- O item Q.15 está claro? É compreensível?

() 1= Não está claro () 2= Pouco claro () 3= Bastante claro () 4= Muito claro

Comentários: _____

- O item Q. 15 é representativo ao conceito explorado? É relevante?

() 1= Não representativo

() 2= Precisa de grande revisão para ser representativo

() 3= Precisa de pouca revisão para ser representativo

() 4= Representativo

Comentários: _____

3= Necessita de pouca revisão para ser representativo

4= Representativo

Comentários: _____

ABRANGÊNCIA DO DOMÍNIO PSICOLÓGICO

- O domínio psicológico foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens? O domínio psicológico é abrangente?

1= Não abrangente

2= Necessita de grande revisão para ser abrangente

3= Necessita de pouca revisão para ser abrangente

4= Abrangente

Comentários: _____

Algum item deve ser removido ou inserido? _____

DOMÍNIO SOCIAL

Conceitos ou pressupostos teóricos: O envelhecimento conta não só com aspectos físicos, mas também **com aspectos sociais**, pois “ser idoso” é uma identidade dada também mediante ao curso de vida social, envolvendo por exemplo, o trabalho e a família (NETO, 2017).

Essas representações sociais são historicamente e socialmente determinadas, sendo resultantes da divisão de trabalho e da estrutura social, pois em sociedades industriais, ser “independente” está relacionado à posição no mercado de trabalho e também à produtividade. Assim, ser “dependente” não diz respeito apenas ao aspecto físico, mas também ao papel socialmente estabelecido, mediante a concepções estereotipadas, como a discriminação do idoso no trabalho (NETO, 2017).

Para cada faixa etária, há a determinação de certas funções por parte da sociedade, fazendo com que o indivíduo se adeque a determinados papéis sociais que se deve desempenhar. Assim, o envelhecimento social muda as relações pessoais do indivíduo, devido à crises de identidade, já que há uma perda de desempenho de papéis na sociedade; à mudanças de papéis na sociedade, no trabalho, na família, devido ao avanço da idade; à aposentadoria, levando ao idoso buscar meios para não se isolar e se deprimir; às mais variadas perdas, como da autonomia e independência, de parentes e amigos e à redução dos contatos sociais (FECHINE & TROMPIERY, 2012).

Para além disso, os problemas físicos do envelhecimento podem afetar sua participação na sociedade, pois estes podem interferir na mobilidade e independência do indivíduo, interferindo negativamente em suas interações sociais (FECHINE & TROMPIERY, 2012).

Cada vez mais o número de idosos que moram sozinhos aumenta e melhorias na Seguridade social, nas condições de saúde, a melhora na tecnologia, como elevadores, meios de comunicação, sugerem que morar sozinho não mais seja representativo de abandono, e solidão, pelo contrário, indica uma forma de envelhecimento bem-sucedido (NETO, 2017).

Outra representação social da velhice é sua participação nos rendimentos mensais da família. A tendência é que a contribuição para a renda familiar reduza com o avançar da idade, possivelmente devido à redução da participação dos rendimentos do trabalho na renda do idoso, pois cerca de dois terços dessa renda provém da aposentadoria (NETO, 2017).

A atividade física é um importante integrador social, pois leva a maior disposição para que o idoso realize suas atividades diárias (FECHINE & TROMPIERY, 2012).

ITENS – DOMÍNIO SOCIAL

Q.07. A proporção de brasileiros de mais de 65 anos que residem em Instituições de Longa Permanência (ILPI's) é de:

- a) 1 para 100 *
- b) 10 para 100
- c) 25 para 100
- d) 50 para 100

- O item Q.07 está claro? É compreensível?
 1= Não está claro 2= Pouco claro 3= Bastante claro 4= Muito claro

Comentários: _____

- O item Q. 07 é representativo ao conceito explorado? É relevante?
 1= Não representativo 2= Necessita de grande revisão para ser representativo
 3= Necessita de pouca revisão para ser representativo 4= Representativo

Comentários: _____

Q.10. A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que se mantêm ativas é:

- a) *pequena*
- b) *média*
- c) *grande **
- d) *não tem relação com a idade*

- O item Q.10 está claro? É compreensível?
 1= Não está claro 2= Pouco claro 3= Bastante claro 4= Muito claro

Comentários: _____

- O item Q. 10 é representativo ao conceito explorado? É relevante?
 1= Não representativo 2= Necessita de grande revisão para ser representativo
 3= Necessita de pouca revisão para ser representativo 4= Representativo

Comentários: _____

Comentários: _____

- O item Q. 22 é representativo ao conceito explorado? É relevante?
 1= Não representativo 2= Necessita de grande revisão para ser representativo
 3= Necessita de pouca revisão para ser representativo 4= Representativo

Comentários: _____

Q. 25. Em comparação com as gerações passadas, as próximas gerações de idosos serão:

- a) *mais escolarizadas **
- b) *menos escolarizadas*
- c) *tão escolarizadas quanto*
- d) *não é possível prever*

- O item Q.25 está claro? É compreensível?
 1= Não está claro 2= Pouco claro 3= Bastante claro 4= Muito claro

Comentários: _____

- O item Q. 25 é representativo ao conceito explorado? É relevante?
 1= Não representativo 2= Necessita de grande revisão para ser representativo

3= Necessita de pouca revisão para ser representativo

4= Representativo

Comentários: _____

ABRANGÊNCIA DO DOMÍNIO SOCIAL

- O domínio social foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens? O domínio social é abrangente?

1= Não abrangente

2= Necessita de grande revisão para ser abrangente

3= Necessita de pouca revisão para ser abrangente

4= Abrangente

Comentários: _____

Algum item deve ser removido ou inserido? _____

AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO COMO UM TODO

ABRANGÊNCIA DO INSTRUMENTO	O instrumento é abrangente? Todas os domínios foram inclusos?	<input type="checkbox"/> Não abrangente	<input type="checkbox"/> Necessita grande revisão para ser abrangente	<input type="checkbox"/> Necessita pouca revisão para ser abrangente	<input type="checkbox"/> Abrangente
-----------------------------------	---	---	---	--	-------------------------------------

Comentários: _____

QUESTIONÁRIO PALMORE-NERI-CACHIONI PARA AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS BÁSICOS SOBRE A VELHICE

TÍTULO	Avalie o título quanto a clareza (verificar se expressa adequadamente o que se espera medir):				
	O título expressa adequadamente a medida? O título é claro?	<input type="checkbox"/> Não claro	<input type="checkbox"/> Pouco claro	<input type="checkbox"/> Bastante claro	<input type="checkbox"/> Muito claro

Comentários: _____

FORMATO	Avalie o formato (layout) quanto a clareza (verificar se o formato é compreensível):
	O formato (layout) é compreensível? O formato é claro? <input type="checkbox"/> Não claro <input type="checkbox"/> Pouco claro <input type="checkbox"/> Bastante claro <input type="checkbox"/> Muito claro

Comentários: _____

INSTRUÇÃO	A única instrução do instrumento aparece antes do início das questões: <u>“Assinale uma alternativa em cada questão”</u>
	A instrução é clara? <input type="checkbox"/> Não clara <input type="checkbox"/> Pouco clara <input type="checkbox"/> Bastante clara <input type="checkbox"/> Muito clara

Comentários: _____

Avalie o cálculo do escore de cada domínio do instrumento e o cálculo do escore total quanto à clareza (verificar se é compreensível)

**ESCORE
DOMÍNIOS**

O cálculo do escore de cada domínio deve ser realizado por meio da porcentagem de acertos das questões que o contemplam: $(\text{número de acertos do domínio em questão} / \text{número total de questões do domínio} \times 100)$

O cálculo do escore dos domínios está compreensível? Não claro Pouco claro Bastante claro Muito claro

Comentários: _____

ESCORE TOTAL

O cálculo do escore total deve ser realizado por meio da porcentagem de acertos das questões em todo o instrumento $(\text{número de acertos em todo o questionário} / \text{número total de questões do questionário} \times 100)$

O cálculo do escore total está compreensível? Não claro Pouco claro Bastante claro Muito claro

Comentários: _____

Agradecemos sua contribuição!

REFERÊNCIAS

- CACHIONI, M. & AGUILAR, L. Crenças em relação à velhice entre alunos da graduação, funcionários e coordenadores-professores envolvidos com as demandas da velhice em universidades brasileiras. **Revista Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 95-119, Dez. 2008.
- CACHIONI, M. Formação profissional, motivos e crenças relativas à velhice e ao desenvolvimento pessoal entre os professores de universidades da terceira idade. **Tese de Doutorado**, 302 p. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.
- CARROLL, S.; SMITH, T. **Guia Prático da Vida Saudável**. São Paulo: PubliFolha, Dorling Kindersley, 2002.
- DZIECHCIAŻ, M. & FILIP, R. Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, v. 21, n. 4, p. 835–838, 2014.
- FECHINE, B. R. A. & TROMPIERY, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Inter Science Place**, v. 1, n. 20, p. 106–132, 2012.
- NETTO, F.L.M. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento. **Pensar a Prática**, v. 7, [S.1], p. 75-84, Mar. 2004.
- NETTO, M. P. Estudo da velhice: histórico, definição de campo e termos básicos. In: FREITAS, E. et al. (Orgs.) **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- PEREIRA, T. A função cognitiva no envelhecimento. **Abordagem geriátrica ampla na promoção de um envelhecimento ativo e saudável: componentes do modelo de intervenção AGA@4life**, n. 1, p. 179–194, 2019. Disponível em: <<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/32920>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.
- SCHNEIDER, R. H. & IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia (Campinas) [online]**, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008.
- STAMATO, C.; MORAES, A. DE. Modelo de banheiro Domiciliar Para Idosos – Uma Abordagem Ergonômica. **Dissertação de Mestrado** – Departamento de Artes e Design, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 399p. 2007.

VIEIRA, A. D. F. P. *et al.* Capacitação, conhecimentos e crenças de médicos da Atenção Primária à Saúde relacionados ao envelhecimento. **Revista Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 329–352, Jul. 2019.

YAMASHIRO, J. A. Atitudes sobre a velhice e convivência intergeracional: professores, familiares e crianças do ensino fundamental. Tese de Doutorado, 238p. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018.

ZIMERMAN, G. I. Velhice, Aspectos Biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

APÊNDICE K – Formulário de caracterização dos profissionais e gestores: Pré-teste e Estudo Transversal

Atuação na Atenção Primária à Saúde atualmente	⌵ ⋮
Descrição (opcional)	
Você atualmente trabalha na Atenção Primária à Saúde? *	
<input type="radio"/> Sim	
<input type="radio"/> Não	
Você atua no estado de Minas Gerais? *	
<input type="radio"/> Sim	
<input type="radio"/> Não	
Nome completo *	
Texto de resposta longa	
Data de preenchimento do formulário *	
Mês, dia, ano	
Sexo biológico *	
<input type="radio"/> Masculino	
<input type="radio"/> Feminino	
<input type="radio"/> Prefiro não informar	
<input type="radio"/> Outros...	
Idade (em anos) *	
Texto de resposta curta	

Maior titulação *

- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Graduação
- Especialização lato sensu (concluída)
- Especialização lato sensu (em andamento)
- Mestrado (concluído)
- Mestrado (em andamento)
- Doutorado (concluído)
- Doutorado (em andamento)
- Pós-doutorado (concluído)
- Pós-doutorado (em andamento)

Formação acadêmica (graduação) *

Texto de resposta curta

.....

Há quanto tempo terminou sua graduação? *

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 5 a 10 anos
- 10 a 15 anos
- Mais de 15 anos

Cursou disciplina(s) relativa(s) à Geriatria/ Gerontologia na graduação? *

- Sim
- Não

Possui formação na área de Geriatria/ Gerontologia? (Pós-graduação) *

- Sim
- Não

Teve vivência prática com idosos durante sua graduação? *

- Sim
- Não

Concluiu curso (s) (de capacitação, atualização, qualificação) na área de Geriatria/ Gerontologia durante sua trajetória profissional? *

- Sim
- Não

Possui experiência profissional anterior ao cargo ocupado atualmente? *

- Sim
- Não

Especifique qual sua ocupação anterior *

Descreva aqui o local onde atuou e qual era sua função. Ex.: Santa Casa, nutricionista

Texto de resposta longa

Em qual município você atua? *

Texto de resposta curta

Você trabalha na Atenção Primária como Gestor ou profissional de saúde? *

- Gestor
- Profissional de saúde

Cargo atual - gestor



Descrição (opcional)

Qual cargo você ocupa? *

- Coordenador da APS
- Gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS)
- Gerente do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)
- Gestor Atuante na Secretaria de Saúde
- Outros...

Cargo atual - profissional de saúde



Descrição (opcional)

Qual cargo você ocupa na APS? *

Aqui, coloque seu cargo: nutricionista; enfermeiro;

- Clínico geral
- Enfermeiro
- Fisioterapeuta

- Médico de família
- Nutricionista
- Psicólogo
- Profissional de Educação Física
- Outros...

Lotação *

Estabelecimento de saúde ou departamento da prefeitura em que atua

- Unidade Básica de Saúde
 - Central de Gestão em Saúde
 - Central de Regulação
 - Central de Abastecimento
 - Central de Transplante
 - Hospital
 - Centro de Assistência Obstétrica e Neonatal Normal
 - Pronto Atendimento
 - Farmácia
 - Unidade de Atenção Hematológica e/ou Hemoterápica
 - Núcleo de Telessaúde
 - Unidade de Atenção Domiciliar
-
- Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde
 - Casas de Apoio à Saúde
 - Unidade de Reabilitação
 - Ambulatório
 - Unidade de Atenção Psicossocial

- Unidade de Apoio Diagnóstico
- Unidade de Terapias Especiais
- Laboratório de Prótese Dentária
- Unidade de Vigilância de Zoonoses
- Laboratório de Saúde Pública
- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
- Serviço de Verificação de Óbito
- Centro de Imunização

- Prefeitura
- Secretaria Municipal de Saúde
- Outros...

A qual Equipe de Saúde você está vinculado? *

- NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- ESF- Equipe de Saúde da Família
- EAB- Equipe de Atenção Básica
- EMAP- Equipe Multidisciplinar de Apoio
- EMAD- Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
- Outros...

Qual seu tempo de serviço no cargo atual? *

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 5 a 10 anos

-
- 10 a 15 anos
 - Mais de 15 anos

Qual o seu tempo de serviço na Atenção Primária à Saúde? *

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 5 a 10 anos
- 10 a 15 anos
- Mais de 15 anos

Convive com pessoas idosas fora de seu ambiente de trabalho? *

Ex.: Convívio familiar, convívio em trabalhos voluntários

- Sim
- Não

APÊNDICE L – Formulário para avaliação da praticabilidade

AVALIAÇÃO DA PRATICABILIDADE

Sobre o instrumento “*Questionário Palmore-Neri-Cachioni de conhecimentos Básicos sobre a Velhice*”, que você acabou de preencher, assinale o número que melhor representa sua resposta quanto às informações que se pedem:

1. Eu achei fácil de entender a instrução do questionário				
1 () Discordo totalmente	2 () Discordo parcialmente	3 () não tenho opinião	4 () Concordo parcialmente	5 () Concordo totalmente

2. Eu achei fácil de entender as questões do questionário				
1 () Discordo totalmente	2 () Discordo parcialmente	3 () não tenho opinião	4 () Concordo parcialmente	5 () Concordo totalmente

3. Eu achei fácil assinalar as respostas do questionário				
1 () Discordo totalmente	2 () Discordo parcialmente	3 () não tenho opinião	4 () Concordo parcialmente	5 () Concordo totalmente

4. Comentários/ Sugestões:				

Fonte: Adaptado de Coluci; Alexandre (2009).

**APÊNDICE M- Termo de Compromisso Livre e Esclarecido- Pré-teste e
Estudo Transversal**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) como participante(a) a participar da pesquisa sobre *Avaliação da Atenção Básica à Saúde em relação as Doenças Crônicas*, cujo objetivo é identificar áreas para a melhoria da atenção em doenças crônicas antes da implementação de ações/ projetos de melhoria de qualidade, e avaliar o nível e a natureza das melhorias feitas em resposta às intervenções adotadas para melhoria e controle dessas condições em Minas Gerais. Ainda, essa avaliação faz parte dos parâmetros de avaliação da Chamada CNPq/MS/SAPS/DEPROS Nº 28/2020 - Formação em doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco associados da qual o projeto Rede Para Enfrentamento da Obesidade e Outras Doenças Crônicas em Minas Gerais – RENOB-MG: Excelência Em Gestão Na Atenção Primária À Saúde faz parte. Para tal, o(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a responder a algumas perguntas.

Quanto aos riscos da realização, se porventura o(a) Sr.(a) se sentir constrangido (a), aborrecido (a), e/ou cansado (a) com alguma questão que lhe seja feita, para minimizar qualquer uma dessas situações, o(a) Sr.(a) poderá se negar a responder, sem nenhum prejuízo.

Com relação aos benefícios da pesquisa, ela nos permitirá identificar necessidades de mudanças e adaptações no sistema de saúde para atender adequadamente às pessoas com doenças crônicas.

Para participar deste estudo o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O(A) Sr.(a) poderá ser convidado para participar da mesma pesquisa, em até 12 meses, para avaliar mudanças durante a intervenção. O(A) Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer momento, sem necessidade de comunicado prévio.

1 de 3 páginas

Os resultados desse estudo serão utilizados para estudos acadêmicos, bem como em relatórios, como o que será apresentado para a Chamada CNPq/MS/SAPS/DEPROS Nº 28/2020. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que seja resultado desse projeto. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Este termo de consentimento livre e esclarecido encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Instituto de Políticas Públicas e Desenvolvimento Sustentável (IPPDS), e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 10 (dez) anos após o término da pesquisa. Depois desse tempo os mesmos serão destruídos. Firmamos o compromisso de que os seus dados serão utilizados, apenas, para fins da validação e divulgados, somente, em eventos e periódicos científicos.

Reforçamos que a pesquisa é sigilosa e não interferirá a rotina de assistência à saúde não ser que haja expressa autorização do/a responsável no setor. Ainda, a informação de que a pesquisa não se confunde com a assistência à saúde e que não haverá prejuízo ao atendimento caso não queira participar ou retire seu consentimento.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos, científicos e elaboração de relatórios.

Eu, _____,
contato _____, fui
informado(a) dos objetivos da pesquisa sobre *Avaliação da Atenção Básica à Saúde em relação as Doenças Crônicas* de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

2 de 3 páginas

Pesquisadores Responsáveis:

Prof^a. Dra. Helen Hermana M. Hermsdorff

Endereço: Departamento de Nutrição e Saúde – DNS/UFV

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar: CEP/UFV – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Universidade Federal de Viçosa, Edifício Arthur Bernardes, piso inferior, Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário Cep: 36570-900, Viçosa/MG. Telefone: (31)3899-2492/ E-mail: cep@ufv.br / www.cep.ufv.br. Caso comprovado por danos decorrentes da pesquisa, asseguramos indenização a ser definida de comum acordo.

Viçosa, _____ de _____ de 20__.

Participante

APÊNDICE N – Parecer detalhado dos especialistas: etapa de atualização

PARECER DOS PROFISSIONAIS EXPERTOS EM GERIATRIA/ GRONTOLOGIA					
Questões/ domínios	Experto	Atualizar	Sugestão de resposta	Referência	Sugestões/ Comentários
1 Cognitivo	A	Sim	Considerando a faixa etária de 65 anos, a resposta seria: 2 em cada 100 . Considerando a faixa etária de 85 anos, a resposta seria: 3 em cada 100	APA (2014)	Problemas cognitivos severos estão presentes no transtorno neurocognitivo maior (demência). Estimativas gerais de prevalência para demência são de cerca de 1 a 2% aos 65 anos de idade, chegando até 30% aos 85 anos.
	B	Sim	2 milhões	SBG (2019)	-
	C	Sim	Delimitar a faixa de idade pode ser importante nesta questão. Quando a idade vai avançando (acima de 75, por exemplo) a prevalência pode ser superior a 50%, ou seja a maioria . Por outro lado idosos entre 65 e 70 anos podem ter a prevalência de cerca de 1,2% (quase 1 em 100) . Se for mantido o enunciado acredito que a melhor resposta seja a maioria.	APA (2014)	Existem poucos estudos que mostram a prevalências de Transtornos Cognitivos Maiores, no geral, geralmente os estudos dividem o tipo de TNC (Alzheimer, Vascular, etc), sendo que essa prevalência aumenta muito conforme a idade do paciente. Em pacientes com mais de 75 anos a prevalência pode chegar a mais de 50%. Talvez seja necessário atualizar nesse sentido.
2 Físico	A	Não	Resposta mantida	PEDRÃO (2017)	Todos os órgãos dos sentidos sofrem alterações ao longo do processo de envelhecimento.
	B	Não	Resposta mantida	SBG: SP (2022?)	-

	C	Não	Resposta mantida	SBG: SP (2022?)	-
3 Físico/ psicológico	A	Sim	Mantém o interesse por atividade sexual OU Tem baixa frequência de atividade sexual.	RIBEIRO FILHO (2017)	Algumas alterações que acontecem ao longo do tempo nas mulheres (ex: deficiência de estrógeno) e nos homens (ex: distúrbios relacionados à ereção) contribuem para a queda da frequência da atividade sexual entre os idosos. Entretanto, o interesse pela atividade sexual muitas vezes é mantido entre os idosos, ou seja, permanece o mesmo.
	B	Não	Resposta Mantida	FERNANDA; SILVA; SANTOS (2019)	-
	C	Sim	Não existem dados que mostrem perda ou ganho de interesse	LIMA <i>et al.</i> (2020) LIMA (2020)	A sexualidade em idosos é um tema pouco estudado e repleto de tabus. Dessa forma estabelecer a perda ou ganho de interesse é algo subjetivo. Os estudos mostram que a reposição hormonal e lubrificantes para as mulheres, bem como o uso de medicações para disfunção erétil tem melhorado a qualidade das relações sexuais entre idosos e também o interesse. Vale ressaltar que questões sociais, culturais e religiosas tem um impacto importante na manifestação desse desejo.
4 Físico	A	Não	Resposta mantida	GORZONI (2017)	Mesmo com as diversas alterações estruturais e funcionais, o sistema respiratório continua, durante o processo de envelhecimento, capacitado a manter adequadas oxigenação e ventilação em repouso. Contudo, perde-se progressivamente a reserva respiratória,

					diminuindo a resposta ventilatória à hipoxia e à hipercapnia e tornando os idosos mais vulneráveis à insuficiência respiratória durante estados de alta demanda, como, por exemplo, insuficiência cardíaca e pneumonias.
	B	Não	Resposta mantida	PASCOTINI <i>et al.</i> (2016)	-
	C	Não	Resposta mantida	RUIVO <i>et al.</i> (2009) LEIDENS (2021)	-
5 Psicológico	A	Sim	É subjetiva e depende de reflexão sobre o momento atual e as experiências passadas.	NERI; BATISTONI; RIBEIRO (2017)	A satisfação com a vida é um indicador do julgamento das pessoas sobre sua qualidade de vida, levando em consideração valores e expectativas sociais e individuais, além das suas capacidades e das condições ambientais. Para isso, a pessoa necessita refletir sobre o momento atual e as experiências passadas. Idosos que conviveram com mais eventos positivos do que negativos têm mais propensão a interpretar a vida de maneira positiva. O bem estar subjetivo não declina com a idade, mesmo diante das alterações que acontecem ao longo do envelhecimento.
	B	Não	Resposta mantida	SOUZA <i>et al.</i> (2019)	-
	C	Não	Resposta mantida	JOIA; RUIZ; DONALISIO (2007) BANHATO; RIBEIRO; GUEDES (2019)	-

6 Físico	A	Não	Resposta mantida	ROSSI; SADER (2017)	Com o envelhecimento, há uma diminuição lenta e progressiva da massa muscular, sendo paulatinamente substituída por colágeno e gordura. Tal declínio pode estar diretamente relacionado à diminuição da força muscular. Nesse sentido, podemos dizer que a força física tende a declinar com o avanço da idade.
	B	Não	Resposta mantida	LUIZ JÚNIOR (2016)	-
	C	Não	Resposta mantida	VIRTUOSO <i>et al.</i> (2014)	-
7 Social	A	Não	Resposta mantida	CAMARANO; BARBOSA (2010) CAMARANO (2010)	Na referência 1, os autores apontam uma prevalência de 0,6% de idosos institucionalizados no Brasil. Na referência 2, a proporção citada de idosos em ILPIs foi de 0,8%.
	B	Não	Resposta mantida após atualização	CAMARANO; KANSO (2010) FAGUNDES <i>et al.</i> (2017)	Nas ILPIs pesquisadas residem cerca de 100 mil pessoas, das quais 84 mil são idosos, o que representa menos de 1% da população idosa brasileira. A atualização é necessária, nesse caso, na pergunta, pois os termos asilos, casas de repouso e outros foram substituídos pela expressão Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.
	C	Sim	Entre 6 e 8 para cada 1000	Referência não encontrada na web	A população idosa residente em ILPI são de aproximadamente de 0,6% a 0,8% (O

				CLAUDIA; KARINE (2016)	país possui apenas 0,8% da população idosa institucionalizada). Talvez valha a pena mudar a questão para ILPI em vez de casa de repouso (termo adequado)
8 Físico	A	Não	Resposta mantida	BRASIL (2019) OPAS (2012) IBGE (2015)	Homens estão mais envolvidos em acidentes de trânsito quando comparados às mulheres. Além disso, a prevalência desses acidentes entre adultos jovens é maior quando comparada aos idosos.
	B	Não	Resposta mantida	PITTA (2021)	-
	C	Não	Resposta mantida	Referência não encontrada na web WHO (2018) WHO (2018?)	Para responder essa questão realizei um cálculo rápido entre as referências citadas e os idosos motoristas são os que menos causam acidentes.
9 Físico	A	Não	Resposta mantida	NERI (2017) BLOMKVIST (2018)	Há diferenças a serem consideradas em relação a trabalhos mais físicos ou mais intelectuais. Se for necessária experiência em determinada área, os idosos vão apresentar maior eficiência, pois a inteligência cristalizada aumenta com o passar do tempo. O desempenho máximo em inteligência cristalizada ocorre em indivíduos entre 40 e 50 anos e permanece estável até os 70, quando começa a declinar. Se for necessário o desenvolvimento de habilidade física, devemos levar em consideração que há, com o envelhecimento, redução da habilidade para executar movimentos, redução da massa e possivelmente da

					força muscular, menor amplitude de movimento... nesse caso, o adulto jovem mostraria maior eficiência.
	B	Não	Reposta mantida	PAOLINI (2016)	-
	C	Não	Reposta mantida	-	Não conheço o tema suficientemente e não encontrei artigos que relacionem o tema. Entretanto a lógica diz que a resposta está correta.
10 Psicológico /social/ físico	A	Não	Reposta mantida	WHO (2005) CHINA <i>et al.</i> (2021)	A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. Nesse sentido, uma pessoa aposentada ou portadora de alguma patologia ou necessidade especial pode continuar a contribuir ativamente para seus familiares e para a comunidade. Hábitos como alimentação saudável, atividade física, estimulação cognitiva, exames preventivos, saúde mental, relacionamentos interpessoais e familiares, uso controlado de medicamentos, participação em grupos de convivência contribuem para um envelhecimento ativo.
	B	Não	Reposta mantida	OLIVEIRA; MEDEIROS; LIMA (2015).	-
	C	Não	Reposta mantida	IBGE (2015)	Segundo a PNS em 2013 cerca de 30,1% dos idosos apresentam algum tipo de declínio funcional. Assim a maioria é

					independente totalmente e alguns, dentro dos com algum declínio, ainda terão algum grau de atividade.
11 Cognitivo	A	Sim	Depende das circunstâncias enfrentadas por eles ao longo da vida e dos recursos disponíveis para tal enfrentamento.	NERI; FONTES (2017)	A resiliência dos idosos decorre da diversidade de circunstâncias por eles enfrentadas ao longo da vida e no cotidiano, circunstâncias essas relacionadas a questões culturais, sociais, econômicas, psicológicas, de natureza coletiva e individual. A resiliência depende não só dos apoios sociais, mas também da história individual e dos recursos da personalidade. Os mecanismos de autorregulação (p. ex., autoconceito, autoestima, estratégias de enfrentamento, múltiplos selves e senso de autoeficácia) mantêm-se intactos na velhice. Essa integridade promove a continuidade do funcionamento psicossocial e o bem-estar subjetivo dos idosos. Devido à redução das plasticidades biológica e cognitiva na velhice, a possibilidade de adaptação bem-sucedida dos idosos repousa largamente sobre a resiliência psicológica.
	B	Não	Resposta mantida	MIRANDA (2018)	-
	C	Sim	Grande		SILVA JUNIOR et al. (2019)

					resilientes que os jovens. Entretanto a pesquisa na área é escassa.
12 Cognitivo	A	Não	Resposta mantida	PEREIRA (2017)	Algumas alterações que ocorrem ao longo do envelhecimento (ex: redução do número de neurônios, do volume cerebral, da velocidade de condução do impulso, etc) podem fazer com que haja alteração da capacidade de aprendizagem dos idosos.
	B	Não	Resposta mantida	LUCENA (2019)	-
	C	Não	Resposta mantida	APA (2014)	O DSM-V mostra que a capacidade de aprendizagem diminui com o envelhecimento, entretanto o idoso ainda é capaz de aprender e se adaptar.
13 Cognitivo	A	Não	Resposta mantida	IBGE (2020)	Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo IBGE em 2019, a faixa etária com maior proporção de depressão foi a de 60 a 64 anos de idade (13,2%), enquanto o menor percentual foi obtido na de 18 a 29 anos de idade (5,9%).
	B	Não	Resposta mantida	LIMA <i>et al.</i> (2016)	-
	C	Não	Resposta mantida	LOPEZ <i>et al.</i> (2011) SOUSA <i>et al.</i> (2010)	A depressão em idosos pode chegar a números maiores que 50%, enquanto em jovens estima-se entre 10% e 20%.
14 Físico	A	Não	Resposta mantida	PEREIRA (2017)	Parte da cognição pode sofrer certa deterioração nas pessoas idosas saudáveis, como a velocidade do processamento cognitivo e menor destreza para executar movimentos finos, por exemplo.

	B	Não	Resposta mantida	GOEBEL; FERREIRA, (2019)	-
	C	Não	Resposta mantida	LENARDT <i>et al.</i> (2016) RUIVO <i>et al.</i> (2009) SBGG (2022)	Não coloquei novas referências pois utilizei as mesmas de déficit sensorial (para reagir é necessário perceber o estímulo) e também a de perda de força muscular.
15 Psicológico /social	A	Não	Resposta mantida	LEMOS; MEDEIROS (2017) FERREIRA; BARHAM (2017)	Em relação às redes informais de apoio aos idosos, vale destacar que um aspecto importante de ser ressaltado na atualidade é que os casais optam por ter poucos ou nenhum filho, o que faz com que as redes naturalmente se restrinjam. Nesse sentido, os idosos tendem a valorizar as amigas e o respaldo comunitário, como integrantes dos vínculos significativos do indivíduo. Na velhice, passa a ser mais relevante o envolvimento seletivo com relacionamentos sociais próximos que ofereçam experiências emocionais significativas.
	B	Não	Resposta mantida	RAYOL <i>et al.</i> (2020)	-
	C	Não	Resposta mantida	-	Não tenho informações sobre o tema e não encontrei estudos que tivessem essa informação.
16 Cognitivo	A	Não	Resposta mantida	NERI; FONTES (2017)	A regulação emocional é mantida na velhice. Trata-se de algo ligado ao indivíduo e não à idade.
	B	Não	Resposta mantida	ARAÚJO (2019)	-

	C	Não	Resposta mantida	SILVA JÚNIOR <i>et al.</i> (2019)	Como mostrado no artigo de resiliência os idosos podem ser mais adaptativos e resilientes que jovens. Nesse sentido a maneira de lidar com as emoções e demonstrá-las não tem relação com a idade.
17 Social	A	Não	Resposta mantida	NEGRINI <i>et al.</i> (2018)	No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013, 15,3% das pessoas (60 anos ou mais) moravam sozinhas.
	B	Sim	Está aumentando	PEREIRA de ALMEIDA <i>et al.</i> (2021)	(Hoje com um número crescente de pessoas idosas morando sozinha) Além da atualização da resposta, considero a atualização da pergunta. Uma vez que o número de pessoas idosas que vivem sós, independentemente de faixa etária está aumentando progressivamente no país. Por outro lado, a expectativa de vida também está em franco aumento. Não será mais adequado questionar o aumento do número de pessoas idosas que vivem sós sem considerar suas faixas etárias.
	C	Sim	Média	IBGE (2022) IBGE (2010) GRANDIN; RODRIGUES (2020)	A confusão nessa questão é o que deve ser considerado pequena. Cerca de 25% dos idosos no Brasil vivem sozinhos. Eu acredito que essa proporção é média (muita gente) e não pequena.

18 Físico	A	Sim	Menor quando comparada à taxa de acidente de indivíduos mais jovens.	IBGE (2015)	De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, as taxas de acidentes de trabalho em relação às diversas faixas etárias foram: 18 a 29 anos – 4,4%; 30 a 39 anos – 4,5%; 40 a 59 anos – 3,1%; 60 anos ou mais – 1,1%.
	B	Não	Reposta mantida	TAVARES <i>et al.</i> (2018)	-
	C	Não	Reposta mantida	RODRIGUES; CHARIGLIONE; SILVA (2019)	Não encontrei referências sobre a taxa de acidentes de trabalhos específicas para cada tipo de trabalho e idosos. A maioria dos dados se referem aos trabalhos formais, sendo que muitos idosos trabalham informalmente para complementar a aposentadoria. Além disso, as taxas de acidentes de trabalho com idosos se mostraram crescentes (segundo o estudo citado) enquanto a com pessoas abaixo de 59 anos se mostrou estacionária
19 Social	A	Sim	16,4%	IBGE (2021)	Dados recentes do IBGE mostram que 16,4% da população brasileira corresponde a pessoas com 60 anos de idade e mais.
	B	Sim	Num artigo atualizado, do Laboratório de Demografia e Estudo Populacionais, da UFJF, segundo Alves (2020), estamos atualmente com 13,5% número de pessoas idosas com 60 anos ou mais.	ALVES (2020)	Com o advento da pandemia sabemos que houve um acentuado número de mortes entre as pessoas idosas, o que impede de se encontrar nas referências um valor relativo atual e exato das pessoas idosas.
	C	Sim	10,4	IBGE (2020)	O contingente de idosos no Brasil vem crescendo significativamente, sendo que

				IBGE (2018)	as projeções do IBGE para 2060 são de 25% da população. A projeção para 2022 (visto que não foi realizado censo em 2020) é de 10,4%.
20 Social	A	Sim	Maior	BRASIL (2003)	De acordo com o Estatuto do Idoso, idosos devem ter atendimento preferencial em relação a pessoas inseridas em faixas etárias mais jovens. Idosos de 80 anos e mais têm prioridade sobre os idosos mais jovens (60 a 79 anos).
	B	Não	Resposta mantida	BRASIL (1990)	Estatuto da criança e do adolescente
	C	Sim	Maior	BRASIL (2006) BRASIL (2003)	Segundo a PNSPI e o Estatuto do Idosos, esses gozam de atendimento prioritário em serviços de saúde. Além disso no protocolo de Manchester, utilizado na maioria das triagens, ser idoso automaticamente te coloca em classificação amarela.
21 Social	A	Sim	Até 2 salários mínimos	BRASIL (2021?)	De acordo com a referência indicada, em 2020, 69% dos idosos no Brasil viviam com renda pessoal mensal de até 2 salários mínimos.
	B	Não	Resposta mantida	MARCOS <i>et al.</i> (2019)	-
	C	Não	Resposta mantida	IBGE (2022)	-
22 Social	A	Não	Resposta mantida	IBGE (2010) BRASIL (2021)	De acordo com dados do Censo de 2010 do IBGE, a população economicamente ativa em relação às pessoas com 60 anos de idade ou mais era de 5,9%.

					De acordo com a referência 2: a taxa de ocupação das pessoas idosas vem crescendo, principalmente de 2015 em diante, de 6,9% (2015) a 8,2% (2019) do total de pessoas ocupadas no país. Esse dado sugere uma tendência entre idosos de permanecer economicamente ativos, seja por necessidade financeira, seja por escolha pessoal
	B	Não	Reposta mantida	FERNANDA <i>et al.</i> (2016)	-
	C	Não	Reposta mantida	IBGE (2022?)	-
23 Cognitivo	A	Não	Resposta mantida	ZENEVICZ; MORIGUCHI; MADUREIRA (2013) VERÍSSIMO; NETO (2012)	Ambos os estudos apontam que a religiosidade tende a aumentar com o avanço da idade. Referem que a religiosidade entre idosos é maior quando comparada aos jovens.
	B	Não	Reposta mantida	SILVA <i>et al.</i> (2013)	-
	C	Não	Reposta mantida	CHAVES <i>et al.</i> (2014) VIEIRA; AQUINO (2016)	A religiosidade está muito presente e reconhecida entre idosos. Entretanto esse número pode mudar com o passar das gerações
24 Cognitivo	A	Não	Reposta mantida	NERI (2017) FERREIRA; BARHAM (2017)	Na velhice, passa a ser mais relevante o envolvimento seletivo com relacionamentos sociais próximos que ofereçam experiências emocionais significativas. A teoria da seletividade socioemocional postula que, devido à percepção de tempo limitado, idosos tendem a estabelecer prioridades para manter os relacionamentos de maior

					importância, de acordo com suas necessidades emocionais. Desta forma, os idosos selecionam parceiros cujas interações sociais são mais satisfatórias e cortam as relações menos satisfatórias, geralmente com membros mais periféricos das redes.
	B	Não	Reposta mantida	PINTO; NERI (2017)	-
	C	Não	Reposta mantida	-	Não domino o tema e não encontrei informações sobre.
25 Social	A	Não	Reposta mantida	IBGE (2015)	De acordo com os indicadores sociais do IBGE em 2015, a proporção de idosos com 9 anos ou mais de estudo aumentou de forma expressiva, passando de 12,7%, em 2004, para 20,7%, em 2014 e diminuiu a proporção daqueles com menos de 1 ano de estudo, que passou de 36,5% para 27,3% no período.
	B	Não	Reposta mantida	CÂMARA (2019)	-
	C	Sim	Não é possível prever	-	Acredito que a pergunta confusa, uma vez que é algo que não é possível mensurar. O que é ser educado? Estar de acordo com normas sociais ou estereótipos esperados? Acredito que não seja possível prever esse tipo de informação.

**APÊNDICE O – Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos
sobre a Velhice- versão 2.0**

**QUESTIONÁRIO PALMORE-NERI-CACHIONI DE CONHECIMENTOS
BÁSICOS SOBRE A VELHICE- VERSÃO 2.0**

- Assinale uma alternativa em cada questão:

1. A proporção de pessoas acima de 60 anos que apresentam demência é (enunciado modificado após a atualização):

- a) menor que 1%
- b) entre 2 e 30% * (resposta atualizada)
- c) entre 40 e 70%
- d) maior que 80%

Cognitivo

2. Os sentidos que tendem ao enfraquecimento nos idosos são:

- a) a visão e a audição
- b) o paladar e o olfato
- c) a visão, a audição e o tato
- d) todos os sentidos*

Físico

3. A maioria dos casais acima de 65 anos:

- a) mantém o interesse por sexo, mas pode ocorrer baixa frequência de atividade sexual* (resposta atualizada)
- b) não são capazes de ter relações sexuais
- c) mantém o interesse por sexo e tem alta frequência de atividade sexual
- d) perdem o interesse por sexo e tem alta frequência de atividade sexual

Físico/psicológico

4. A capacidade pulmonar nos idosos saudáveis:

- a) tende a declinar *
- b) tende a manter-se
- c) tende a melhorar
- d) não tem relação com idade

Físico

5. A satisfação com a vida entre idosos:

- a) não existe
- b) tende a ser maior do que entre os jovens *
- c) tende a ser menor do que entre os jovens
- d) não tem relação com a idade

Psicológico

6. A força física em idosos saudáveis:

- a) tende a declinar com a idade *
- b) tende a permanecer a mesma
- c) tende a aumentar

d) não tem relação com idade

Físico

7. A proporção de brasileiros de mais de 65 anos que residem em Instituições de Longa Permanência (ILPI's) é (enunciado modificado após a atualização):

a) 1 para 100 *

b) 10 para 100

c) 25 para 100

d) 50 para 100

Social

8. O número de acidentes envolvendo motoristas com mais de 65 anos, em comparação com os de 30 a 40 anos é (enunciado modificado após a atualização):

a) maior

b) o mesmo

c) menor *

d) desconhecido

Físico

9. Em comparação com os trabalhadores de 25 a 35 anos, os de 50 a 60 anos apresentam:

a) maior eficiência

b) a mesma eficiência

c) menor eficiência

d) depende do tipo de trabalho *

Físico/cognitivo

10. A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que se mantêm ativas é:

a) pequena

b) média

c) grande *

d) não tem relação com a idade

Psicológico/social/ físico

11. A flexibilidade para adaptar-se a mudanças entre pessoas de 60 a 70 anos é:

a) depende das circunstâncias enfrentadas ao longo da vida * (resposta atualizada)

b) tende a diminuir

c) tende a aumentar

d) não tem relação com a idade

Psicológico

12. Em comparação com os jovens, a capacidade de aprender de pessoas de 60 a 70 anos é:

a) menor *

b) igual

c) maior

d) não depende da idade

Cognitivo

13. Em comparação com os jovens, os idosos têm a seguinte propensão à depressão:

a) maior *

b) menor

- c) igual
 - d) não depende de idade
- Psicológico

14. Em comparação com os jovens, a velocidade de reação das pessoas de 60 a 70 anos é:

- a) menor *
- b) igual
- c) maior
- d) não depende da idade

Físico

15. Em comparação com os jovens, os idosos:

- a) valorizam mais as amizades chegadas/próximas *
- b) buscam mais fazer novos amigos
- c) têm pouco interesse em amizades
- d) não depende de idade

Psicológico/social

16. Em comparação com os jovens, os idosos são:

- a) mais emotivos
- b) menos emotivos
- c) igualmente emotivos
- d) não depende de idade *

Psicológico

17. A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que vivem sozinhas no Brasil é (enunciado modificado após a atualização):

- a) pequena *
- b) média
- c) grande
- d) não tem relação com a idade

Social

18. A taxa de acidentes de trabalho entre os idosos em relação aos jovens, tende a ser (enunciado modificado após atualização):

- a) maior
- b) igual
- c) menor * (reposta atualizada)
- d) depende do tipo de tarefa

Físico

19. A porcentagem de brasileiros acima de 60 anos é cerca de (enunciado modificado após a atualização):

- a) 7%
- b) 15%* (resposta atualizada)
- c) 25%
- d) 30%

Social

20. No sistema público de saúde o tratamento dos idosos tem prioridade (enunciado modificado após atualização):

- a) menor
 - b) igual
 - c) maior * (resposta atualizada)
 - d) não tem relação com a idade
- Social

21. A maioria dos idosos brasileiros tem rendimento mensal de:

- a) até 2 salários mínimos * (resposta atualizada)
 - b) 2 a 3 salários mínimos
 - c) 3 a 5 salários mínimos
 - d) 5 a 10 salários mínimos
- Social

22. A maioria dos idosos são:

- a) economicamente ativos
 - b) socialmente produtivos e economicamente inativos *
 - c) socialmente improdutivos
 - d) socialmente improdutivos e economicamente inativos
- Social

23. A religiosidade tende a:

- a) crescer com a idade *
 - b) diminuir com a idade
 - c) manter-se com a idade
 - d) não tem relação com a idade
- Psicológico

24. Com a idade, a maioria dos idosos:

- a) torna-se mais emotiva
 - b) torna-se menos emotiva
 - c) torna-se emocionalmente mais seletiva *
 - d) não muda
- Psicológico

25. Em comparação com as gerações passadas, as próximas gerações de idosos serão (enunciado modificado após atualização):

- a) mais escolarizadas *
 - b) menos escolarizadas
 - c) tão escolarizadas quanto
 - d) não é possível prever
- Social

* *Resposta correta*

Observações: Padronizou-se o termo “idosos” para se referir aos indivíduos com 60 anos ou mais de idade.

O domínio a que cada questão pertence encontra-se logo abaixo das quatro alternativas.

APÊNDICE P – Comentários e sugestões dos membros juízes da primeira rodada de validação de conteúdo

DOMÍNIO FÍSICO- 02, 03, 04, 06, 08, 09, 14 e 18		
Item	Comentários/ sugestões	Status
02	<ul style="list-style-type: none"> - Clareza: “A sofrer alterações em, ao invés de ao enfraquecimento” - Juíza 2 - Clareza: “Sugiro substituir no enunciado da questão as palavras "nos idosos" por "nas pessoas Idosas"- Juíza 4 - Clareza: “Sugiro que a palavra “enfraquecimento” seja substituída por “declínio” - Juíza 5 	PA A PA
03	<ul style="list-style-type: none"> - Clareza: “Não entendi porque aqui se refere aos casais acima de 65 anos. Minha sugestão é manter 60 anos” - Juíza 1 - Clareza: “Sugiro que os enunciados sejam mais explicativos, no sentido de não precisar dos itens para responder. Normalmente quando isto ocorre, os enunciados costumam ser maiores do que as opções de resposta” – Juíza 2 - Clareza: “Sugiro substituir no enunciado da questão as palavras "dos casais" por "pessoas"- Juíza 4 - Clareza: “Sugiro mudar a palavra “sexo” por “relacionar-se sexualmente” - Juíza 5 	A A A NA
04	<ul style="list-style-type: none"> - Clareza: “Sugiro modificar a alternativa D para “não tem relação com a idade” - Juíza 1 - Clareza: “Talvez retirar o termo saudáveis ou explicar o que considera como saudável” – Juíza 2 - Clareza: “Sugiro substituir no enunciado da questão as palavras "nos idosos" por "nas pessoas idosas" – Juíza 4 	A A A
06	<ul style="list-style-type: none"> - Clareza: “Sugiro que usem as alternativas tende a declinar, tende a manter-se, tende a aumentar, não tem relação com a idade” - Juíza 1 - Clareza: “Talvez retirar o termo saudáveis ou explicar o que considera como saudável. Além disto, entendo que os itens a e d são opostos, assim, o respondente pode optar por sinalizar uma resposta por exclusão e não por conhecimento” - Juíza 2 - Clareza: “Sugiro substituir no enunciado da questão as palavras "em idosos" por "em pessoas idosas". Atualmente é frequente que pessoas idosas saudáveis frequentam academias e/ou realizam musculação, pilates, etc. Sendo assim a resposta indicada pode não ser a "a)". Seria possível acrescentar algum complemento no enunciado da questão? (Ex.: com o transcorrer do processo natural do envelhecimento, a força física em pessoas idosas saudáveis” – Juíza 4 - Representatividade: “Pelo exposto acima pode ser oportuno revisar o enunciado da questão para que o respondente compreenda que trata-se do processo natural e sem intervenções” - Juíza- 4 	A PA A A
08	<ul style="list-style-type: none"> - Clareza: “Minha sugestão é a mesma feita anteriormente. Manter a idade acima de 60 anos para a comparação” – Juíza 1 	A

	<ul style="list-style-type: none"> - Representatividade: “Não sei se é adequado para o domínio físico” – Juíza 2 - Clareza: “Talvez seja mais interessante trabalhar com as coortes de motoristas mais jovens, ao invés de um recorte etário como 30 a 40 anos” – Juíza 5 - Representatividade: “Creio ser necessário verificar os índices de acidentes entre as diferentes coortes etárias” – Juíza 5 	<p>NA A A</p>
09	<ul style="list-style-type: none"> - Clareza: “Para mim, faltou especificar qual eficiência está falando” – Juíza 2 	NA
10	<ul style="list-style-type: none"> - Clareza: “Acredito que o conceito de atividade não está claro na questão. A pergunta se refere a ser fisicamente ativa? Economicamente ativa? Sexualmente ativa? Minha sugestão é definir o tipo de atividade” – Juíza 1 - Clareza: “Ativo fisicamente? Ou de acordo com a Política de Envelhecimento Ativo? Acredito que os termos pequena, média e grande são relativos, sugiro escolher indicadores mais diretos” – Juíza 2 - Clareza: “Talvez seja mais interessante apresentar porcentagens ao invés de pequena, média, grande” – Juíza 5 - Representatividade: “Verificar dados estatísticos mais concretos na literatura” – Juíza 5 	<p>A PA NA NA</p>
14	<ul style="list-style-type: none"> - Clareza: “Valeria talvez descrever o que é velocidade de reação, talvez os profissionais respondam errado por não saber o que se refere” – Juíza 2 	A
18	<ul style="list-style-type: none"> - Representatividade: “Não acredito que este item esteja mais ligado ao domínio físico” – Juíza 2 - Clareza: “Esta questão tende a ser respondida como à questão 9, que aborda a eficiência do trabalhador, na qual a resposta correta é "depende do tipo de tarefa". A questão teve mudanças após a atualização do instrumento. Mas, considerando as mudanças no mundo do trabalho, condições sócio sanitárias prevalentes na pessoa idosa (ex. escolaridade, renda, trabalho informal, prevalência de DCNT, risco de quedas, fragilidade, etc.), somada a baixa divulgação de evidências sobre a temática, pode ser que a resposta marcada seja a considerada correta pelos respondentes” – Juíza 4 - Representatividade: “Deixo aqui um artigo que pode ser de interesse para esta questão: Rodrigues, C. M. L., Chariglione, I. P. F. S., & Silva, M. O. da. (2019). Acidentes de trabalho com idosos no Brasil de 2003 a 2016. Revista Kairós-Gerontologia, 22(2)” - Juíza 4 - Clareza: “Sugiro inserir porcentagens” – Juíza 5 - Representatividade: “Verificar dados mais concretos na literatura” – Juíza 5 	<p>NA NA NA NA NA</p>
Abrangência do domínio físico		
	<ul style="list-style-type: none"> - “Q.03 poderia migrar ou ser acrescido no domínio social como no WHOQOL-bref. Instrumento abreviado para avaliação da QV” – Juíza 3 	NA

DOMÍNIO COGNITIVO- 1, 9, 10 e 12		
Item	Comentários/ sugestões	Status
12	- Clareza: “Sugiro colocar: a capacidade de aprender de pessoas de 60 anos ou mais. Da forma como está, parece que é só até 70 anos que é menor, e depois poderia ser melhor ou igual a dos jovens.” - Juíza 1	A
	- Clareza: “Não estou de acordo como resposta e tenho receio desta pergunta ser negativamente vista. Talvez poderia falar de alguma função cognitiva como atenção, memória” - Juíza 2	A
	- Clareza: “A capacidade de aprender está intimamente ligada à uma série de fatores tais como, conhecimento prévio, interesse, motivação, metodologia utilizada” – Juíza 5	NA
	- Representatividade: “Buscar mais dados na literatura” - Juíza 5	NA
Abrangência do domínio cognitivo		
	- “Talvez poderiam inserir aqui alguma questão relacionada ao declínio cognitivo no envelhecimento. Perguntar algo relacionado à perda de memória, por exemplo, se isso é normal com o aumento da idade, ou se as pessoas com 60 anos ou mais de idade tem mais/menos/igual/não tem relação com a idade problemas de memória ou esquecimentos.” - Juíza 1	A
	- “Informação adicionada anteriormente” – Juíza 2	A
	- “Questão já indicada” - Juíza 5	NA
DOMÍNIO PSICOLÓGICO- 3, 5, 10, 11, 13, 15, 16, 23 e 24		
Item	Comentários/ sugestões	Status
03	- Clareza: “Eu sugiro manter no enunciado a idade de 60 anos”- Juíza 1	A
	- Clareza: “Sugiro substituir no enunciado da questão as palavras "dos casais" por "pessoas"” - Juíza 4	A
05	- Clareza: “sugiro substituir no enunciado da questão a palavras "idosos" por "pessoas idosas"” - Juíza 4	A
10	- Clareza: “Acredito que o conceito de atividade não está claro na questão. A pergunta se refere a ser fisicamente ativa? Economicamente ativa? Sexualmente ativa? Minha sugestão é definir o tipo de atividade.” - Juíza 1	A

11	<p>- Clareza: “Sugiro retirar a palavra “é” do final do enunciado” - Juíza 1</p> <p>- Clareza: “Talvez retirar o item d, ficou um pouco confuso com o item a” – Juíza 2</p> <p>- Representatividade: “Se a resposta correta é que "depende das circunstancias enfrentadas ao longo da vida" porque colocar o limite de 70 anos no enunciado? Poderia ser utilizado "pessoas idosas" – Juíza 4</p>	<p>A</p> <p>A</p> <p>A</p>
13	<p>- Clareza: “Sugiro trocar a forma como a alternativa d está escrita, mantendo igual às outras questões “Não tem relação com a idade” – Juíza 1</p> <p>- Clareza: “Sugiro especificar a faixa etária, pois alguns estudos relatam que os idosos mais longevos não apresentam esta condição depressão x idade” – Juíza 2</p> <p>- Clareza: “Sugiro substituir no enunciado da questão a palavras "idosos" por "pessoas idosas" – Juíza 4</p>	<p>A</p> <p>NA</p> <p>A</p>
15	<p>- Clareza: “Sugiro trocar a forma como a alternativa d está escrita, mantendo igual às outras questões “Não tem relação com a idade” – Juíza 1</p> <p>- Clareza: “Sugiro melhorar o enunciado de forma que não precisemos ler os itens de reposta para responder. O item d não contempla o enunciado” – Juíza 2</p> <p>- Clareza: “Sugiro substituir no enunciado da questão a palavra "idosos" por "pessoas idosas". Também sugiro indicar no enunciado o objeto da questão "as amizades" (Ex. Em relação as Amizades, as pessoas idosas, em comparação com jovens" – Juíza 4</p>	<p>A</p> <p>A</p> <p>A</p>
16	<p>- Clareza: “Sugiro trocar a forma como a alternativa d está escrita, mantendo igual às outras questões “Não tem relação com a idade” – Juíza 1</p> <p>- Clareza: “Idem comentário anterior, rever item d” – Juíza 2</p> <p>- Clareza: “sugiro substituir no enunciado da questão a palavra "idosos" por "pessoas idosas". Também sugiro indicar no enunciado o objeto da questão "a emotividade" (Ex. Em relação à emotividade, as pessoas idosas, em comparação com jovens:" Do modo que está escrito o enunciado atual indica que uma frase tem que ser completada. Mas a leitura do enunciado e da resposta correta deixa uma frase sem sentido (Em comparação com os jovens os idosos são não depende da idade)” – Juíza 4</p>	<p>A</p> <p>A</p> <p>PA</p>
23	<p>- Clareza: “Sugiro substituir "crescer" por "aumentar" – Juíza 4</p> <p>- Representatividade: “A questão refere somente à religiosidade. O conceito da espiritualidade é mais abrangente e pode ser mais representativo” – Juíza 4</p>	<p>A</p> <p>A</p>

24	<p>- Clareza: “acredito que essa questão se confunde com a questão 16. Apesar da questão 24 trazer a questão de ser emocionalmente mais seletivos, ficou bastante semelhante à questão 16. Sugiro que seja mantida apenas uma delas, ou então que sejam modificadas para ficarem mais diferentes” – Juíza 1</p> <p>- Clareza: “Achei confusa esta pergunta e parecida com algum item anterior” – Juíza 2</p> <p>- Clareza: “Sugiro substituir no enunciado da questão a palavra "idosos" por "pessoas idosas" – Juíza 4</p>	<p>PA</p> <p>NA</p> <p>NA</p>
Abrangência do domínio psicológico		
- “Como já mencionado, sugiro que a questão 3 migre ou seja acrescido no domínio social como no WHOQOL-bref” – Juíza 3		NA
DOMÍNIO SOCIAL- 7, 10, 15, 17, 19, 20, 21, 22 e 25;		
Item	Comentários/ sugestões	Status
07	- Representatividade: “Tenho dúvidas se a proporção é algo tão relevante para explorar neste domínio” – Juíza 2	NA
15	<p>- Clareza: “sugiro trocar a forma como a alternativa d está escrita, mantendo igual às outras questões “Não tem relação com a idade” – Juíza 1</p> <p>- Clareza: “Na atualidade as pessoas idosas são cada vez mais ativas nas redes sociais e a busca por novos contatos com as amizades virtuais torna-se relevante. A tendência é que as pessoas idosas ganhem cada vez mais presença no mundo virtual” – Juíza 4</p> <p>- Representatividade: “Considerando o uso das redes e relacionamentos virtuais tal vez seja necessário considerar a representatividade também da opção 2” – Juíza 4</p>	<p>A</p> <p>NA</p> <p>NA</p>
17	<p>- Clareza: “sugiro que mantenha no enunciado a proporção de pessoas acima de 60 anos. Além disso, eu não sei se ficou legal colocar como opções de resposta pequena/ média/ grande, pois essas alternativas são subjetivas e o que é pequeno para mim, pode não ser para outra pessoa. Sugiro que seja colocado algum valor de referência. Ex: menor de 25%, próxima a 50% e acima de 70%” – Juíza 1</p> <p>- Clareza: “Acredito eu que os itens de resposta estão muito relativos” – Juíza 2</p> <p>- Clareza: “Sugiro não limitar o segmento etário a 70 anos” – Juíza 4</p> <p>- Representatividade: “Seria importante considerar as tendências, e também a quantidade de arranjos familiares compostos apenas por casais de idosos, que também está em aumento na população brasileira” – Juíza 4</p>	<p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>NA</p>

19	- Clareza: “Talvez você possa deixar uma faixa de porcentagem, pois é um dado que muda constantemente” – Juíza 2	NA
20	- Clareza: “Sugiro trocar “tratamento” por “atendimento” – Juíza 1 - Clareza: “Sugiro substituir no enunciado da questão a palavra "idosos" por "pessoas idosas" – Juíza 4	A A
21	- Clareza: “Sugiro especificar o rendimento. É rendimento familiar?” – Juíza 2	NA
22	- Clareza: “Como nos itens anteriores, sugiro deixar mais claros os enunciados” – Juíza 2 - Clareza: “Sugiro substituir no enunciado da questão a palavra "idosos" por "pessoas idosas". Atividades com cuidar de netos, limpar a casa dos filhos, cozinhar, passar, fazer concertos e reparos, levar e trazer crianças da escola, etc tem além de valor social e indicar "produtividade social", tem valor econômico. A pessoas pagam por essas atividades quando nao há pessoas idosas, (normalmente familiares) disponíveis para fazê-las” – Juíza 4 - Representatividade: “Sugiro repensar as opções de resposta” – Juíza 4 - Clareza: “Atualmente temos uma configuração absolutamente diferente. Os idosos não são inativos economicamente” – Juíza 5 - Representatividade: “Buscar dados na literatura sobre Economia da Longevidade” – Juíza 5	NA PA NA NA NA
25	- Clareza: “sugiro substituir no enunciado da questão a palavra "idosos" por "pessoas idosas" – Juíza 4	A
Abrangência do domínio social		
	- “Como já mencionado, sugiro que a questão 3 migre ou seja acrescido no domínio social como no WHOQOL-bref” – Juíza 3 - “Alguma questão sobre cuidados (oferecidos e recebidos), como no caso do cuidado dos netos e também recebidos nos casos em que a família cuida ou o próprio idoso cuida de outro idoso na sua dinâmica familiar. O aumento da atividade das pessoas idosas nas redes sociais seria importante” – Juíza 4	NA NA
COMENTÁRIOS GERAIS		
Instrução	- “Uma sugestão seria incluir a definição de idoso utilizada no instrumento, por exemplo, colocar aquela observação “Observações: Padronizou-se o termo “idosos” para se referir aos indivíduos com 60 anos ou mais de idade.” No início do questionário” – Juíza 1 - “Sugiro: assinale a melhor alternativa para cada questão, pois como está, parece que todas as alternativas estão corretas” – Juíza 2	NA A

Título	<ul style="list-style-type: none"> - “O título é um pouco longo, o que pode tornar difícil a compreensão. Talvez tirar a palavra “básicos” - Juíza 1 - “Retiraria a autoria do título do instrumento” – Juíza 4 - “QUESTIONÁRIO PALMORE-NERI-CACHIONI PARA AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS BÁSICOS SOBRE A VELHICE. Embora o instrumento esteja em processo de validação por outros pesquisadores, penso ser muito importante manter o título original” – Juíza 5 	NA NA A
---------------	---	---------------

Nota: A- Aceito PA- Parcialmente aceito NA- Não aceito

APÊNDICE Q- Comentários e sugestões dos membros juízes da segunda rodada de validação de conteúdo

Item	Comentários/ sugestões	Status
02 Físico	- Clareza: “Talvez no início colocar: Assinale a melhor alternativa para cada questão. Do jeito que está, entendo que todas alternativas estariam certas”- Juíza 2	NA
08 Físico	- Representatividade: “Ainda não sei se é adequado para o domínio físico” – Juíza 2	A
10 Psicológico social/ físico	- Clareza: “Retirar crase: “somente a capacidade ...” . Retirar vírgula: “ativas é”. Acredito que os termos pequeno, médio e grande sejam relativos, sugiro escolher indicadores mais diretos – Juíza 2 - Clareza: “inserir questões educacionais” – Juíza 5	PA NA
12 Cognitivo	- Clareza: “Arrumar “pessoas idosas”. Talvez especificar a memória (recente, imediata), pois há tipos de memória que se mantem, mesmo com o envelhecimento” – Juíza 2 - Clareza: “esta questão foi totalmente modificada da original: “Em comparação com os jovens, a capacidade de aprender de pessoas de 60 a 70 anos é”. Memória não é a questão tratada” – Juíza 5	PA A
15 Psicológico/ social	- Clareza: “O item d não tem relação com o enunciado” – Juíza 2	NA
16 Psicológico	- Clareza: “Sugiro retirar virgula: “as pessoas idosas em comparação com os jovens são”. Item d não se relaciona com o enunciado” – Juíza 2	A

18 Físico (migrou para cognitivo)	- Representatividade: Não acredito que este item esteja somente ligado ao domínio físico – Juíza 2	A
22 Social	-Representatividade: Se possível, deixar os itens com tamanho similar. Itens com tamanhos maiores tendem a ser os corretos, meu receio é alunos responderem não por saber, mas por conta deste indício” – Juíza 2	NA
Mudança do item 18 do domínio físico para o domínio cognitivo		
	- “Na minha opinião, esta pergunta está relacionada a todos domínios, pois é muito abrangente e ligado ao envelhecimento ativo” - Juíza 2 - “Acidentes relacionados ao trabalho remetem a aspectos físicos, a princípio. Entretanto, pode ser que o referido acidente tenha acontecido devido a uma falha cognitiva (falta de atenção, de concentração, etc)” – Juíza NOVA	NA A
COMENTÁRIOS GERAIS		
Instrução	- “Talvez: assinale a melhor alternativa em cada questão. Há questões com mais de 1 resposta correta na minha opinião.”- Juíza 2	NA

APÊNDICE R- Mapa de palavras das ocupações anteriores da amostra de gestores e profissionais de saúde da atenção primária



Fonte: A autora (2022)

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFV



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: RENOB-MG: Competências e a Gestão do Cuidado da Obesidade e Outras Doenças Crônicas na Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 58131322.1.0000.5153

Instituição Proponente: Departamento de Nutrição e Saúde

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLOGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.571.410

Apresentação do Projeto:

Trata-se do Protocolo CAAE: 58131322.1.0000.5153, tendo como proponente o Departamento de Nutrição e Saúde, com pesquisadora responsável a professora HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF, de nome " RENOB-MG: Competências e a Gestão do Cuidado da Obesidade e Outras Doenças Crônicas na Atenção Primária à Saúde.

O projeto tem financiamento do CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLOGICO.

Foi aprovado em 05/07/2022.

Solicitada a emenda aos questionários e reapresentado para parecer

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar competências e a gestão do cuidado da Obesidade e Outras Doenças Crônicas de profissionais e gestores de saúde da Atenção Primária à Saúde participantes do projeto RENOB-MG, por meio de questionários.

1. Aplicar o questionário de Avaliação da Atenção a Doenças Crônicas (ACIC) em profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde participantes do projeto RENOB-MG.
2. Aplicar os questionários sobre o Estigma da Obesidade em profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde participantes do projeto RENOB MG.
3. Aplicar o questionário sobre Avaliação de Competências em gestores de saúde da Atenção

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 5.571.410

Primária à Saúde participantes do projeto RENOB-MG.

4. Realizar a validação de conteúdo do Questionário Palmore-NeriCachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice.
5. Executar a validade de face/ pré-teste do Questionário Palmore-NeriCachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice;
6. Aplicar os instrumentos: Escala Neri de Crenças em relação à velhice, o Questionário Palmore-NeriCachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice e o questionário semiestruturado sobre o uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) em profissionais de saúde e gestores da Atenção Primária à Saúde participantes do projeto RENOB-MG e selecionados mediante à conveniência.
7. Elaborar e validar de um questionário Diagnóstico de Gestão;
8. Aplicar o questionário Diagnóstico de Gestão em gestores de saúde da Atenção Primária à Saúde participantes do projeto RENOB-MG;
9. Elaborar e validar um questionário sobre Conhecimentos, Habilidades e Atitudes sobre as doenças crônicas e seus fatores de risco.
10. Aplicar o questionário sobre Conhecimentos, Habilidades e Atitudes sobre as doenças crônicas e seus fatores de risco em profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde participantes do projeto RENOB-MG.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Quanto aos riscos da realização do presente estudo, os participantes podem se sentir aborrecido (a), e/ou cansado (a) com alguma questão que lhes seja feita. E para minimizar qualquer uma dessas situações, será dado o direito do participante de se negar a responder, sem nenhum prejuízo qualquer uma dessas questões. Ressaltamos também sobre as limitações dos pesquisadores para assegurar total sigilo, confidencialidade dos dados e potencial risco da sua violação. Contudo, os responsáveis pela pesquisa tomarão o máximo de cuidado para evitar tais riscos, como por exemplo, limitando o acesso ao conteúdo dos questionários aos próprios pesquisadores.

Benefícios:

Com relação aos benefícios da pesquisa, ela nos permitirá identificar necessidades de mudanças e adaptações no sistema de saúde para atender adequadamente às pessoas com doenças crônicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se do Protocolo CAAE: 58131322.1.0000.5153, submetido em: 20/04/2022, e

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes	
Bairro: Campus Universitário	CEP: 36.570-977
UF: MG	Município: VICOSA
Telefone: (31)3612-2316	E-mail: cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 5.571.410

reapresentado em junho de 2022 com correções, tendo como proponente o Departamento de Nutrição e Saúde, com pesquisadora responsável a professora HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF, de nome "RENOB-MG: Competências e a Gestão do Cuidado da Obesidade e Outras Doenças Crônicas na Atenção Primária à Saúde.

Foi aprovado em 05/07/2022.

Submetido para emenda em 20/07/2022.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou folha de rosto, termo de consentimento adequado, termo de anuência institucional para a realização da pesquisa e cronograma com atualização do início da coleta dos dados. Questionários para a emenda.

Não observo ausência de termos de apresentação obrigatória

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Emenda aprovada nos termos expostos pelo pesquisador.

Ao término da pesquisa é necessário apresentar, via notificação, o Relatório Final (modelo disponível no site www.cep.ufv.br). Após ser emitido o Parecer Consubstanciado de aprovação do Relatório Final, deve ser encaminhado, via notificação, o Comunicado de Término dos Estudos para o encerramento de todo o protocolo na Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1987373_E1.pdf	20/07/2022 23:46:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_emenda.doc	20/07/2022 23:44:56	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
Outros	Questionario_emenda.docx	20/07/2022 23:44:27	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 5.571.410

Outros	Questionario_C_emenda.docx	20/07/2022 22:53:18	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
Outros	Questionario_D_emenda.docx	20/07/2022 22:53:00	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
Outros	Carta_Resposta.odt	21/06/2022 15:47:14	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	21/06/2022 15:45:49	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_modificado.docx	21/06/2022 15:43:57	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	21/06/2022 15:39:13	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_F.docx	21/06/2022 15:38:38	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_E.docx	21/06/2022 15:38:25	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_D.docx	21/06/2022 15:38:12	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_C.docx	21/06/2022 15:38:05	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_B.docx	21/06/2022 15:37:55	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_A.docx	21/06/2022 15:37:43	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_modificado.pdf	21/06/2022 15:37:15	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_F_modificado.docx	21/06/2022 15:36:57	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_E_modificado.docx	21/06/2022 15:36:44	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 5.571.410

Ausência	TCLE_E_modificado.docx	21/06/2022 15:36:44	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_D_modificado.docx	21/06/2022 15:36:38	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_C_modificado.docx	21/06/2022 15:36:33	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_B_modificado.docx	21/06/2022 15:36:27	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_A_modificado.docx	21/06/2022 15:36:18	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
Declaração de concordância	termo_anuencia.pdf	20/06/2022 23:24:28	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
Outros	Questionario_G.docx	20/06/2022 23:23:39	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
Outros	Questionario_F.docx	20/06/2022 23:23:30	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
Outros	Questionario_E.docx	20/06/2022 23:23:23	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
Outros	Questionario_D.docx	20/06/2022 23:23:14	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
Outros	Questionario_B.docx	20/06/2022 23:23:04	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
Outros	Questionario_C.docx	20/06/2022 23:22:48	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
Outros	Questionario_A.docx	20/06/2022 23:22:21	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	20/04/2022 23:15:53	Daniela Mayumi Usuda Prado Rocha	Aceito

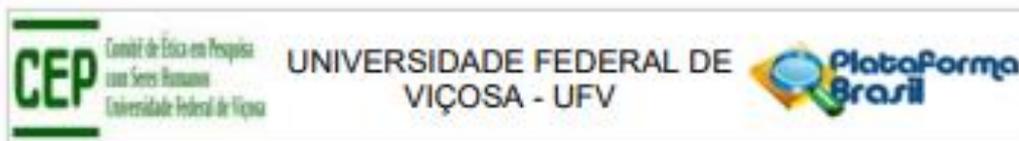
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 5.571.410

VICOSA, 09 de Agosto de 2022

Assinado por:
Guilherme de Azambuja Pussieldi
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-977
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31) 3612-2316 **E-mail:** cep@ufv.br

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – UNIFAL-MG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDE PARA ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE E OUTRAS DOENÇAS CRÔNICAS EM MINAS GERAIS - RENOB-MG: EXCELÊNCIA EM GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: FERNANDA DE CARVALHO VIDIGAL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43590621.4.2001.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.600.376

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa, em segunda versão, com financiamento pelo CNPq, envolvendo quatro Instituições de Ensino Superior: UFV (coordenadora da ação), UFMG, Universidade Federal de São João Del Rei e Unifal-MG apresentado à Chamada CNPq/MS/SAPS/DEPROS Nº 28/2020. Será um estudo de caráter seccional, cuja população do estudo será composta por gestores e profissionais de saúde de Minas Gerais, contemplando 83 municípios, situados nas localidades das 04 Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) no estado de Minas Gerais. A proposta deste projeto prioriza os princípios e diretrizes das Políticas Nacionais de Alimentação e Nutrição (PNAN), Promoção da Saúde (PNPS) e de Atenção Básica (PNAB) e, tem como objetivo promover a utilização das boas práticas referentes ao Modelo de Excelência em Gestão Pública (MEGP) para o enfrentamento e controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em municípios com alta prevalência do estado de Minas Gerais no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Objetivo da Pesquisa:

Promover a utilização das boas práticas referentes ao Modelo de Excelência em Gestão Pública para o enfrentamento e controle de DCNT em municípios com alta prevalência

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS



Continuação do Parecer: 5.600.376

do estado de Minas Gerais no âmbito da APS.

Objetivos específicos:

Realizar análise epidemiológica e situacional no contexto das DCNT (obesidade, hipertensão e diabetes);

Desenvolver um modelo de avaliação da gestão da APS por meio dos pressupostos do MEGP.

Avaliar o desempenho, a qualidade e a organização do cuidado às pessoas com DCNT e o processo de trabalho na APS;

Conduzir e orientar os profissionais de saúde para a realização de autoavaliações referentes à organização dos processos de trabalho;

Formar os gestores da APS para o gerenciamento de indicadores e metas e para implementação de boas práticas de governança pública e de gestão por processos;

Formar os gestores da APS para a formulação de avaliação de políticas públicas para o enfrentamento e controle das DCNT, a partir das diretrizes emanadas pelo Ministério da Saúde.

Formar profissionais de saúde da APS para a promoção da saúde no território de acordo com o modelo de atenção às DCNT e a estratificação de risco;

Formar profissionais de saúde da APS para prevenção dos fatores de risco sobre a magnitude das DCNT;

Aprimorar a eficácia da gestão do cuidado às pessoas com DCNT na APS a partir do fomento à intersetorialidade;

Avaliar os conhecimentos, atitudes e habilidades dos gestores e dos profissionais de saúde da APS após formações;

Fomentar a elaboração de projetos para o enfrentamento de DCNT por meio de atividades de formação presencial e à distância;

Gerar insumos, por meio dos resultados das avaliações de desempenho dos processos de trabalho, para a tomada de decisão assertiva;

Implementar estratégias para a difusão do conhecimento para a sociedade relativo ao enfrentamento e controle de DCNT.

Os objetivos descritos estão:

- a. claros e bem definidos;
- b. coerentes com a propositura geral do projeto;
- c. exequíveis (considerando tempo, recursos, métodos)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 5.600.376

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios

Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos mínimos de desconforto, vergonha ou possibilidade de constrangimento com alguma questão que lhe seja feita diretamente ou com alguma atividade dessa formação que serão minimizados ao garantir o sigilo em relação às suas respostas, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos, além de garantir a não identificação nominal no formulário nem no banco de dados, a fim de garantir o seu anonimato. Poderão ocorrer riscos mínimos de cansaço e aborrecimento pelo tempo gasto para responder as perguntas dos questionários que serão minimizados pelo fato do participante poder interromper e retomar ao questionário em qualquer momento, podendo inclusive, interromper o processo quando desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio. Poderão ocorrer riscos mínimos de divulgação de dados confidenciais que serão minimizados ao garantir o zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas, assumindo também o compromisso de não publicar o nome dos participantes (nem mesmo as iniciais) ou qualquer outra forma que permita a identificação individual. Nos cursos de formação de gestores e profissionais de saúde na modalidade presencial, poderão ocorrer riscos mínimos de desconforto emocional relacionado à presença do pesquisador que poderão ser minimizados pela garantia de acesso em um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados e curso de formação, uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante, obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa. Além disso, durante os cursos de formação presenciais poderão ocorrer riscos mínimos de vergonha e/ou cansaço que poderão ser minimizados ao garantir local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras. Será garantido ao participante de pesquisa o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento.

Como parte da pesquisa será realizada de forma presencial e considerando a situação de pandemia pela Covid-19, serão adotadas as medidas preventivas de comportamento e proteção para realização de atividades presenciais na vigência da Pandemia de Covid-19, e o cumprimento dos Protocolos de Biossegurança da UNIFAL-MG para a execução das atividades presenciais. A fim de mitigar os riscos de transmissão do vírus e visando preservar a integridade dos participantes, será realizada orientação a todos os

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 5.600.376

participantes e adoção de medidas sanitárias básicas, como: higienização das mãos com água e sabão ou solução de álcool em gel 70%; manutenção do distanciamento social, evitando aglomerações; utilização de equipamentos de proteção individual, em especial a máscara facial adequada ao ambiente; e outras exigidas pelo contexto e tipo de atividade. Se, mesmo diante da adoção das medidas descritas, resultar necessária a suspensão, interrupção ou o cancelamento da ação, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes, por causas diretas ou indiretas, comprometo-me a submeter, imediatamente, notificação para apreciação ao CEP da UNIFAL-MG. Ao participar desse trabalho o participante contribuirá por meio desta pesquisa para a organização e a qualificação do cuidado às pessoas com DCNT, avaliação diagnóstica e análise situacional de seu município.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações sobre os objetivos e metodologia da pesquisa, bem como de todas as informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo o participante terá a opção de imprimir uma via do TCLE. Ou (o participante deverá informar seu endereço de e-mail para receber uma via desse documento). Caso opte por informar o seu e-mail, será garantido o zelo pelo sigilo dos dados coletados.

Avaliação sobre os riscos e benefícios:

- a. os riscos de execução do projeto são bem avaliados, são realmente necessários estão bem descritos no projeto;
- b. os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos;
- c. Para cada risco descrito, o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva desse risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- a. Método da pesquisa – está adequado aos objetivos do projeto e está atualizado;
- b. Referencial teórico da pesquisa – está atualizado e é suficiente para aquilo que se propõe;
- c. Cronograma de execução da pesquisa – é coerente com os objetivos propostos e está adequado

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
 Bairro: centro CEP: 37.130-001
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 5.600.376

ao tempo de tramitação do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado
- b. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica
- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – não se aplica.
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – Presente e adequado;
- f. Folha de rosto - presente e adequado.
- g. Projeto de pesquisa completo e detalhado – Presente e adequado;
- h. Termo de compromisso para execução de projeto em tempos de pandemia: presente e adequado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências levantadas na versão anterior foram atendidas.

Recomenda-se aprovação do Protocolo.

PENDÊNCIA 1. Corrigir no projeto detalhado, TCLE e nas informações básicas os riscos e benefícios, apresentando de forma clara e detalhada as ações corretivas para cada risco apresentado;(seguir o modelo de riscos/benefícios/medidas minimizadoras, disponível no site do CEP-UNIFAL- <https://www.unifalmg.edu.br/cep/manuais-e-documentos-de-apoio/>).

RESPOSTA: Informações sobre riscos e benefícios incluídas no Projeto. TCLE adequado, conforme solicitado. No entanto, não tenho acesso na Plataforma Sucupira para fazer alterações nas Informações Básicas do Projeto. Apenas alguns campos (financiamento e cronograma) são editáveis ao Centro Participante.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 5.600.376

Há algum documento anexo para a pendência?

Sim. Foi anexado o Projeto atualizado com as informações sobre riscos e benefícios incluídas nas páginas 56 e 57 destacadas em amarelo. O TCLE atualizado foi anexado com as novas informações destacadas em amarelo.

PENDÊNCIA: Atendida.

PENDÊNCIA 2. Apresentar as informações requeridas no manual de ORIENTAÇÕES PARA PROCEDIMENTOS EM PESQUISAS COM QUALQUER ETAPA EM AMBIENTE VIRTUAL (disponível em <https://www.unifalmg.edu.br/cep/wp-content/uploads/sites/183/2021/02/Orientacoes-Conep-Pesquisa-AmbienteVirtual-1.pdf>) considerando todos os itens lá descritos;

RESPOSTA: Informações incluídas tanto no Projeto de Pesquisa (páginas 15, 16, 56 e 57) quanto no TCLE.

Há algum documento anexo para a pendência?

Sim. Foram anexados o Projeto de Pesquisa e o TCLE atualizados

PENDÊNCIA 3. Apresentar, devidamente preenchido, o TERMO DE COMPROMISSO PARA DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLOS DE PESQUISA NO PERÍODO DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS (COVID-19), disponível no endereço: <https://www.unifalmg.edu.br/cep/formularios/>;

RESPOSTA: Termo devidamente preenchido e assinado.

Há algum documento anexo para a pendência?

Sim. Foi anexado o TERMO DE COMPROMISSO PARA DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLOS DE PESQUISA NO PERÍODO DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS (COVID19) devidamente preenchido e assinado.

PENDÊNCIA: ATENDIDA

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
 Bairro: centro CEP: 37.130-001
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS**



Continuação do Parecer: 5.600.376

PENDÊNCIA 4. Apresentar o Termo de Anuência Institucional (TAI) de todas as Instituições parceiras (secretarias de saúde municipais da região pertencente a UNIFAL-MG);

RESPOSTA: Foram anexados os TAI dos municípios integrantes da Superintendência Regional de Saúde de Alfenas que aceitaram participar do Projeto RENOB-MG.

Há algum documento anexo para a pendência?

Sim. Foram anexados os TAI solicitados.

PENDÊNCIA: ATENDIDA

PENDÊNCIA 5. TCUD: a forma de recrutamento dos participantes deve ser descrita, com vistas a obtenção dos dados para acesso aos mesmos (e-mail ou telefone por exemplo);

RESPOSTA: Conforme descrito no item 2.5.2. Convite aos municípios participantes (páginas 15 e 16), o convite aos municípios participantes será realizado mediante apoio da Secretaria do Estado de Saúde de MG e, por conseguinte, contará com as Secretarias Regionais de Saúde (SRS) e Gerências Regionais em Saúde (GRS) que articularão a promoção do projeto aos gestores das secretarias municipais de saúde. O projeto Rede para o Enfrentamento da Obesidade em Minas Gerais (RENOB-MG) já utilizou essa estratégia com êxito. Ademais, o projeto contará com a coparticipação de outras três instituições federais de ensino superior (IFES): a Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), a Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que estão localizadas geograficamente mais próximas das macros sul, oeste e centro, bem como a UFV está da macrorregião sudeste, de modo a beneficiar igualmente todas as cidades selecionadas. Além disso, o projeto será divulgado nas redes sociais. Desta forma, as informações de e-mail ou telefone, por exemplo, serão obtidas somente após o aceite e consentimento do participante em participar do projeto de pesquisa. Sendo assim, não será utilizado banco de dados com essas informações.

Há algum documento anexo para a pendência?

Não.

PENDÊNCIA: atendida

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS**



Continuação do Parecer: 5.600.376

PENDÊNCIA 6. As alterações da próxima versão do projeto detalhado (e demais documentos editados) devem estar em destaque (realce, cores diferentes).

RESPOSTA: Informo que as alterações no Projeto de Pesquisa e no TCLE estão destacadas em amarelo.

Há algum documento anexo para a pendência?

Sim. Foram anexados o Projeto de Pesquisa e o TCLE atualizados.

PENDÊNCIA: atendida

PENDÊNCIA 7. Elaborar uma carta resposta às pendências apontadas nesse parecer do CEP: descrever quais as alterações/correções foram realizadas ou mesmo as justificativas para tais pendências, indicando em quais documentos e páginas destes foram apontadas (TCLE, Projeto, Informações Básicas, TAI, etc.). Modelo

disponível em: https://www.unifal-mg.edu.br/cep/wp-content/uploads/sites/183/2021/12/Modelo_Carta_Resposta_Pendencia_CEP_UNIFAL.doc

RESPOSTA: O presente documento refere-se à carta resposta às pendências.

Há algum documento anexo para a pendência?

Sim. Carta resposta anexada na pasta "Outros", conforme instruções.

PENDÊNCIA: ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

Após análise a coordenação do CEP emite parecer ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1741016.pdf	11/07/2022 10:48:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoUFVEdital28de2020_modificado_atualizado_11072022.pdf	11/07/2022 10:47:21	FERNANDA DE CARVALHO VIDIGAL	Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS**



Continuação do Parecer: 5.600.376

Outros	CARTARESPOSTAUNIFAL.pdf	07/07/2022 16:54:04	FERNANDA DE CARVALHO	Aceito
Outros	Termo_Compromisso_Pesquisa_Pandemia.pdf	07/07/2022 16:52:44	FERNANDA DE CARVALHO	Aceito
Outros	TAI_SRS_Alfenas.pdf	07/07/2022 16:49:53	FERNANDA DE CARVALHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoUFVEdital28de2020_modificado_atualizado_2022.pdf	07/07/2022 16:46:54	FERNANDA DE CARVALHO VIDIGAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RENOB_UNIFAL_2022_atualizado.pdf	07/07/2022 16:43:52	FERNANDA DE CARVALHO VIDIGAL	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_RENOB_2021_assinada.pdf	20/12/2021 13:13:38	FERNANDA DE CARVALHO	Aceito
Outros	Modelo_Declaracao_Compromisso_CE P_UNIFAL.pdf	18/12/2021 14:34:47	FERNANDA DE CARVALHO	Aceito
Outros	TAI_RENOB_UNIFAL_2021.pdf	18/12/2021 14:34:02	FERNANDA DE CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RENOB_UNIFAL_2021.pdf	18/12/2021 14:33:05	FERNANDA DE CARVALHO VIDIGAL	Aceito
Outros	CartaResposta.pdf	05/04/2021 09:35:12	HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF	Aceito
Outros	OFICIO_folhaderosto.pdf	05/04/2021 09:33:41	HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoUFVEdital28de2020_modificado.pdf	05/04/2021 09:32:09	HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RENOB2020_modificado.doc	05/04/2021 09:29:30	HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RENOB2020.doc	17/02/2021 18:10:37	HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF	Aceito
Outros	QUESTIONARIOPROCESSOSDETRABALHO.docx	17/02/2021 18:08:09	HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF	Aceito
Outros	AVALIACAODECOMPETENCIAS.docx	17/02/2021 18:07:40	HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF	Aceito
Projeto Detalhado	ProjetoUFVEdital28de2020.pdf	16/02/2021	HELEN HERMANA	Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 5.600.376

/ Brochura Investigador	ProjetoUFVEdital28de2020.pdf	12:38:00	MIRANDA HERMSDÖRFF	Aceito
----------------------------	------------------------------	----------	-----------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 24 de Agosto de 2022

Assinado por:

DANIEL AUGUSTO DE FARIA ALMEIDA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.135-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

**ANEXO C – Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos
sobre a Velhice**

**QUESTIONÁRIO PALMORE-NERI-CACHIONI DE CONHECIMENTOS
BÁSICOS SOBRE A VELHICE- VERSÃO 1.0**

- Assinale uma alternativa em cada questão:

1. A proporção de pessoas de mais de 65 anos que apresentam problemas cognitivos severos é:

- a) uma em 100
- b) uma em 10 *
- c) uma em duas
- d) a maioria

Cognitivo

2. Os sentidos que tendem ao enfraquecimento na velhice são:

- a) a visão e a audição
- b) o paladar e o olfato
- c) a visão, a audição e o tacto
- d) todos os sentidos*

Físico

3. A maioria dos casais acima de 65 anos:

- a) perdem o interesse por sexo *
- b) não são capazes de ter relações sexuais
- c) continuam a praticar sexo regularmente
- d) tem alta frequência de atividade sexual

Físico/ psicológico

4. A capacidade pulmonar nos idosos saudáveis:

- a) tende a declinar *
- b) tende a manter –se
- c) tende a melhorar
- d) não tem relação com idade

Físico

5. A satisfação com a vida entre idosos:

- a) não existe
- b) é maior do que entre os jovens *
- c) é menor do que entre os jovens
- d) não tem relação com a idade

Psicológico

6. A força física em idosos saudáveis:

- a) tende a declinar com a idade *
- b) tende a permanecer a mesma
- c) tende a aumentar
- d) não tem relação com idade

Físico

7. A proporção de brasileiros de mais de 65 anos que residem em asilos e casas de repouso é de:

- a) 1 para 100 *
- b) 10 para 100
- c) 25 para 100
- d) 50 para 100

Social

8. O número de acidentes em motoristas com mais de 65 anos, em comparação com os de 30 a 40 anos é:

- a) maior
- b) a mesma
- c) menor *
- d) desconhecida

Físico

9. Em comparação com os trabalhadores de 25 a 35 anos, os de 50 a 60 anos apresentam:

- a) maior eficiência
- b) a mesma eficiência
- c) menor eficiência
- d) depende do tipo de trabalho *

Físico/ cognitivo

10. A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que se mantêm ativas é:

- a) pequena
- b) média
- c) grande *

Psicológico/ social/ físico

11. A flexibilidade para adaptar -se a mudanças entre pessoas de 60 a 70 anos é:

- a) pequena *
- b) média
- c) grande
- d) não tem relação com a idade

Psicológico

12. Em comparação com os jovens, a capacidade de aprender de pessoas de 60 a 70 anos é:

- a) menor *
- b) igual
- c) maior
- d) não depende da idade

Cognitivo

13. Em comparação com os jovens, os velhos têm a seguinte propensão à depressão:

- a) maior *
- b) menor
- c) igual

d) não depende de idade
Psicológico

14. Em comparação com os jovens, a velocidade de reação das pessoas de 60 a 70 anos é:

- a) menor *
 - b) igual
 - c) maior
 - d) não depende da idade
- Físico

15. Em comparação com os jovens, os velhos:

- a) valorizam mais as amizades chegadas/próximas *
 - b) buscam mais fazer novos amigos
 - c) têm pouco interesse em amizades
 - d) não depende de idade
- Psicológico/ social

16. Em comparação com os jovens, os velhos são:

- a) mais emotivos
 - b) menos emotivos
 - c) igualmente emotivos
 - d) não depende de idade *
- Psicológico

17. A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que vivem sozinhas é:

- a) pequena *
 - b) média
 - c) grande
 - d) não tem relação com a idade
- Social

18. A taxa de acidentes de trabalho entre adultos mais velhos tende a ser:

- a) maior
 - b) igual
 - c) menor
 - d) depende do tipo de tarefa *
- Físico

19. A porcentagem de brasileiros acima de 60 anos é:

- a) 8,2% *
 - b) 4,5%
 - c) 13%
 - d) 23%
- Social

20. No sistema público de saúde o tratamento dos idosos em comparação com os jovens tem prioridade:

- a) menor *
- b) igual
- c) maior

d) não tem relação com a idade
Social

21. A maioria dos idosos brasileiros tem rendimento mensal de:

- a) até 1 salário mínimo *
- b) 1 a 3 salários mínimos
- c) 3 a 5 salários mínimos
- d) 5 a 10 salários mínimos

Social

22. A maioria dos idosos são:

- a) economicamente ativos
- b) socialmente produtivos, mas economicamente inativos *
- c) improdutivos
- d) aposentados

Social

23. A religiosidade tende a:

- a) crescer com a idade *
- b) diminuir com a idade
- c) manter -se com a idade
- d) não tem relação com a idade

Psicológico

24. Com a idade, a maioria dos idosos:

- a) torna -se mais emotiva
- b) torna-se menos emotiva
- c) torna-se emocionalmente mais seletiva *
- d) não muda

Psicológico

25. Em comparação com as velhas gerações, as próximas gerações de idosos serão:

- a) mais educadas *
- b) menos educadas
- c) tão educadas quanto
- d) não é possível prever

Social

(*): Resposta correta

Fonte: Retirado de Cachioni, (2002).

ANEXO D – Escala Neri de Atitudes em Relação à Velhice

Escala de atitudes em relação à velhice

Nome: _____

Instrução para ser lida atentamente antes de começar a responder: Você encontrará a seguir 30 pares de adjetivos ou características que se aplicam a pessoas. Para cada par de atributos opostos, leia primeiro com atenção, pense bem e conclua qual deles mais se aplica a idosos de um modo geral. O resultado de sua avaliação deverá ser assinalado na escala de cinco pontos que fica entre cada par de adjetivos. O 1 representa o valor mais baixo e o 5 o mais alto. Imagine que estivéssemos avaliando o que as pessoas pensam sobre o carnaval. Poderíamos apresentar dois pares de adjetivos. Assim:

O Carnaval é:

Alegre	1---2---3---4---5	Melancólico
Pecaminoso	1---2---3---4---5	Inocente

Ao avaliarmos o primeiro par, isto é, se o Carnaval é alegre, consideraremos o número 1 como o que mais reflete a qualidade de ser alegre e o 5 o que melhor expressa a noção de que o Carnaval é melancólico. Vale o mesmo raciocínio em relação ao segundo par de atributos - pecaminoso / inocente; em que 1 representa o maior grau de pecado e 5 o maior grau de inocência, na avaliação do evento carnaval. É pensando em termos de graduação ao longo de um contínuo que você responderá aos 30 pares de atributos que aparecem a seguir. Procure trabalhar com atenção e cuidado, sem pular nenhum par. Depois que escolher o ponto que corresponde à sua opinião, **faça um x em cima do número correspondente**. Não marque mais de um número em nenhum dos pares.

O IDOSO É:

1.	Sábio	1---2---3---4---5	Tolo
2.	Destrutivo	1---2---3---4---5	Construtivo
3.	Bem-humorado	1---2---3---4---5	Mal-humorado
4.	Rejeitado	1---2---3---4---5	Aceito
5.	Desconfiado	1---2---3---4---5	Confiante
6.	Deprimido	1---2---3---4---5	Entusiasmado
7.	Isolado	1---2---3---4---5	Integrado
8.	Ultrapassado	1---2---3---4---5	Atualizado
9.	Valorizado	1---2---3---4---5	Desvalorizado
10.	Agradável	1---2---3---4---5	Desagradável
11.	Doentio	1---2---3---4---5	Saudável
12.	Cordial	1---2---3---4---5	Hostil
13.	Ativo	1---2---3---4---5	Inativo
14.	Sociável	1---2---3---4---5	Introvertido
15.	Desinteressado	1---2---3---4---5	Interessado pelas pessoas
16.	Esperançoso	1---2---3---4---5	Desesperado
17.	Mesquinho	1---2---3---4---5	Generoso
18.	Dependente	1---2---3---4---5	Independente
19.	Produtivo	1---2---3---4---5	Improdutivo
20.	Progressista	1---2---3---4---5	Retrógrado
21.	Confuso	1---2---3---4---5	Claro

22.	Condescendente	1---2---3---4---5	Crítico
23.	Impreciso	1---2---3---4---5	Preciso
24.	Inseguro	1---2---3---4---5	Seguro
25.	Concentrado	1---2---3---4---5	Distraído
26.	Lento	1---2---3---4---5	Rápido
27.	Flexível	1---2---3---4---5	Rígido
28.	Criativo	1---2---3---4---5	Convencional
29.	Persistente	1---2---3---4---5	Inconstante
30.	Embotado	1---2---3---4---5	Alerta

ANEXO E – Lista para treino de vocabulário

TREINO DE VOCABULÁRIO

1. Sábio - Tolo

Sábio: pessoa que sabe muito, que tem conhecimentos profundos.

Tolo: pessoa com pouco conhecimento, que age sem juízo, que age sem pensar.

2. Destrutivo - Construtivo

Destrutivo: pessoa que tem o poder de destruir, que age com maldade.

Construtivo: pessoa que tem um espírito criador, pessoa positiva.

3. Bem-humorado - Mal-humorado

Bem-humorado: quem está de bom humor.

Mal-humorado: que expressa ou tende a estar com mau humor, irritado.

4. Rejeitado - Aceito

Rejeitado: aquele que sofre rejeição, que é posto de lado.

Aceito: pessoa que é acolhida, aceita.

5. Desconfiado - Confiante

Desconfiado: aquele que suspeita que pode ser enganado. Exemplo: O policial olha desconfiado para os adolescentes.

Confiante: aquele que confia. Exemplo: A população está confiante que terá seus pedidos atendidos.

6. Entusiasmado - Deprimido

Entusiasmado: pessoa muito empolgada, animada.

Deprimido: pessoa que sofre de depressão, tristeza grave.

7. Isolado - Integrado

Isolado: pessoa solitária, separada dos outros.

Integrado: pessoa que se ajustou aquele lugar, que está —entrosado naquele lugar.

8. Ultrapassado - Atualizado

Ultrapassado: pessoa antiga, que está fora de moda, antiquada.

Atualizado: pessoa que entende os acontecimentos atuais.

9. Valorizado - Desvalorizado

Valorizado: pessoa que é reconhecida pelos outros.

Desvalorizado: que perdeu o valor ou que teve seu valor diminuído.

10. Agradável - Desagradável

Agradável: pessoa amável, simpática.

Desagradável: pessoa antipática, que deixa uma péssima impressão.

11. Doentio - Saudável

Doentio: pessoa fraca, que tem facilidade para ficar doente.

Saudável: aquele que tem saúde.

12. Cordial - Hostil

Cordial: pessoa amorosa, amigável.

Hostil: pessoa desagradável, ameaçadora.

13. Ativo - Inativo

Ativo: pessoa esperta, que participa, que tem energia.

Inativo: pessoa mais parada, que não tem atividade, que está estagnada.

14. Introverso - Sociável

Introverso: pessoa calada, mais tímida.

Sociável: pessoa comunicativa, que gosta de interagir com os outros.

15. Desinteressado - Interessado pelas pessoas

Desinteressado: que não tem interesse pelo contato com os outros.

Interessado pelas pessoas: que demonstra interesse em interagir com as pessoas.

16. Esperançoso - Desesperado

Esperançoso: pessoa otimista, confiante.

Desesperado: que não tem mais esperança.

17. Mesquinho - Generoso

Mesquinho: pão-duro, que não é caridoso, que guarda para si.

Generoso: pessoa bondosa, que dá as coisas, tem caráter nobre.

18. Dependente - Independente

Dependente: pessoa que está subordinada a outras, precisa da ajuda do outro.

Independente: que é capaz de realizar algo para si.

19. Produtivo - Improdutivo

Produtivo: que produz ou pode produzir, que cria.

Improdutivo: que não gera as coisas, que não proporciona resultado, que não se desenvolve.

20. Progressista - Retrógrado

Progressista: pessoa que está adiantada para seu tempo, moderna.

Retrógrado: o que é antigo, atrasado.

21. Confuso - Claro

Confuso: pessoa desorientada, atrapalhada, que não é clara.

Claro: fala de modo compreensível, de fácil entendimento.

22. Condescendente - Crítico

Condescendente: que é tolerante, que aceita novos acontecimentos facilmente.

Crítico: pessoa que fala mal de tudo.

23. Preciso - Impreciso

Preciso: consegue se expressar de maneira clara e objetiva, sem excessos.

Impreciso: não tem clareza, se expressa de modo confuso.

24. Seguro - Inseguro

Seguro: confiante, cauteloso, seguro de si.

Inseguro: falta de confiança em si próprio.

25. Concentrado - Distraído

Concentrado: que é atento, centralizado.

Distraído: pessoa descuidada, "pateta".

26. Rápido - Lento

Rápido: que é ligeiro, veloz.

Lento: que faz as coisas devagar.

27. Flexível - Rígido

Flexível: que se ajusta facilmente aos acontecimentos, que se acostuma.

Rígido: pessoa intolerante, inflexível, não muda suas opiniões facilmente.

28. Criativo - Convencional

Criativo: tem ideias novas.

Convencional: que segue os padrões tradicionais.

29. Persistente - Inconstante

Persistente: que insiste com uma ideia ou opinião.

Inconstante: que muda de opinião ou de gosto com frequência.

30. Alerta - Embotado

Alerta: que é atenta, cuidadosa.

Embotado: que é abatido, cansado, desatento.

Fonte: Retirado de BRITO, 2014.

REFERÊNCIA

BRITO, J. R. **Nicho de desenvolvimento do idoso institucionalizado: ambiente, crenças e práticas de cuidadores formais**. 2014. 106f. Dissertação (Mestrado em Teoria e Pesquisa do Comportamento) - Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, 2014.