



**UFG**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE**

**BRUNA ANIELE COTA**

**SAÚDE DA PESSOA IDOSA: A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS  
DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA**

Goiânia

2015

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR  
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES  
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o(a) autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

**1. Identificação do material bibliográfico:**     **Dissertação**     **Tese**

**2. Identificação da Tese ou Dissertação:**

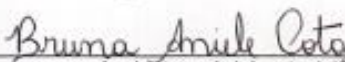
Nome completo do (a) autor(a): Bruna Aniele Cota

Título do trabalho: SAÚDE DA PESSOA IDOSA: A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

**3. Informações de acesso ao documento:**

Concorda com a liberação total do documento  **SIM**     **NÃO**<sup>1</sup>

Independente da concordância com a disponibilização eletrônica, é imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

  
Assinatura do(a) autor(a)<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante: a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a); b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

<sup>2</sup> As assinaturas devem ser originais sendo assinadas no próprio documento. Imagens coladas não serão aceitas.

**BRUNA ANIELE COTA**

**SAÚDE DA PESSOA IDOSA: A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS  
DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Goiás (UFG), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ensino da Saúde.

Área de concentração: Ensino na Saúde

Linha de pesquisa: Processos educativos no trabalho em saúde

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Nunes

Goiânia

2015

Ficha catalográfica elaborada automaticamente  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

COTA, BRUNA ANIELE  
SAÚDE DA PESSOA IDOSA: A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS  
DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA [manuscrito] / BRUNA ANIELE  
COTA. - 2015.  
xii, 119 f.

Orientador: Prof. Dr. MARIA DE FÁTIMA NUNES.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade  
de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde  
(Profissional), Goiânia, 2015.  
Bibliografia. Anexos. Apêndice.  
Inclui siglas, abreviaturas, gráfico.

1. Saúde da Pessoa Idosa. 2. Profissionais de Saúde. 3. Formação  
Profissional. 4. Atenção Básica. I. NUNES, MARIA DE FÁTIMA, orient.  
II. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE MEDICINA

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde  
Mestrado Profissional em Ensino na Saúde

ATA de Defesa de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Às quatorze horas do dia vinte e três de julho de dois mil e quinze, reuniu-se na Faculdade de Odontologia a Comissão Julgadora infranomeada para proceder ao julgamento da Defesa de Dissertação apresentada pelo (a) Pós-Graduando (a) **BRUNA ANIELE COTA**, intitulada "**SAÚDE DA PESSOA IDOSA: A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA**", como parte de requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde, área de concentração **Ensino na Saúde**. O (A) Presidente da Comissão julgadora, **Prof.ª Dra. Maria de Fátima Nunes**, concedeu a palavra ao (a) candidato (a) para exposição em até trinta minutos do seu trabalho. A seguir, o (a) senhor (a) presidente concedeu a palavra, pela ordem, sucessivamente aos Examinadores, os quais passaram a arguir o (a) candidato (a) durante o prazo máximo de vinte minutos, assegurando-se ao (à) mesmo (a) igual prazo para responder aos Senhores Examinadores. Ultimada a arguição, que se desenvolveu nos termos regimentais, a Comissão, em sessão secreta, expressou seu Julgamento, considerando o (a) candidato (a) Aprovada [Aprovado (a) ou Reprovado (a)]. Em face do resultado obtido, a Comissão Julgadora considerou o (a) candidato (a) **Bruna Aniele Cota** (x) Habilitado (a) ( ) Não habilitado (a). Nada mais havendo a tratar, eu **Prof.ª Dra. Maria de Fátima Nunes**, lavrei a presente ata que, após lida e julgada conforme, foi por todos assinada.

**Banca Examinadora**

Prof.ª Dra. Maria de Fátima Nunes – presidente  
Prof.ª Dra. Mary Lopes Reis – titular  
Prof.ª Dra. Ida Helena Carvalho F. Menezes – titular  
Prof.ª Dra. Maria Virgínia de Carvalho – suplente  
Prof. Dr. Cláudio Rodrigues Leles – suplente

**Assinatura**

M. Nunes  
M. L. Reis  
Ida Helena Carvalho  
Maria Virgínia Carvalho

A Banca Examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Dissertação:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bruna Aniele Cota  
**Bruna Aniele Cota**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE**

**BANCA EXAMINADORA**

Aluna: Bruna Aniele Cota

---

Orientadora: Dra Maria de Fátima Nunes

---

**Membros:**

1.Dra Maria de Fátima Nunes (presidente) – FO/UFG

2.Dra Mary Lopes Reis – FEN/UFG

3.Dra Ida Helena Carvalho Francescantônio Carvalho Menezes – FANUT/UFG

**Suplentes:**

1.Dra Maria Virgínia de Carvalho – PUC/GO

2.Dr Cláudio Rodrigues Leles – FO/UFG

**Data: 23/07/2015**

***Dedico este trabalho aos meus pais, que tanto me apoiam  
e são meus exemplos de vida, de pessoas e de amor.***

## AGRADECIMENTOS

---

Agradeço a Deus, por todos os momentos e oportunidades maravilhosas que tenho tido em minha vida, além de me dar força, coragem e determinação para realizar esse trabalho.

Agradeço aos meus pais, a quem admiro, amo e respeito e são meus exemplos de união, superação, dedicação, e que a cada dia me dão apoio para continuar minha caminhada.

Ao meu irmão Márcio, que sempre está comigo e que é inspiração para ver o mundo de outra forma, com um olhar crítico na busca de respostas a tantos fatos que acontecem em nosso dia a dia.

Ao meu namorado que tanto amo e admiro, pelo companheirismo, parceria e principalmente paciência.

A minha orientadora Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Nunes, pela dedicação, exemplo de pessoa e profissional, a quem admiro e respeito pela sabedoria, entusiasmo e por me instigar a ser uma profissional cada vez mais dedicada e empenhada em meus ideais.

A Dr<sup>a</sup> Mary Lopes Reis pelas orientações, que tanto contribuíram para alcançarmos os objetivos da pesquisa, pelo seu jeito amável, cordial e animador.

Agradeço imensamente a todos os colegas do mestrado pela oportunidade de conhecê-los, em especial à Pamella Tayná Moreira e Silva, minha afilhada, pessoa admirável, profissional competente e responsável, muito obrigada por mais essa parceria!

A todos do Programa do Mestrado Profissional Ensino na Saúde, professores, secretária, e também a todos da Faculdade de Odontologia, foi muito bom conhecê-los, conviver e aprender mais.

Aos meus colegas de trabalho, em especial a Maria Cláudia Honorato, Diretora de Atenção à Saúde de Aparecida de Goiânia, pela compreensão e incentivo. Obrigado pela oportunidade de fazer parte dessa equipe.

# SUMÁRIO

---

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	22
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEORICO.....</b>	<b>23</b>
4.1	ENVELHECIME POPULACIONAL.....	23
4.2	POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	29
4.3	SAÚDE DA PESSOA IDOSA E ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	35
4.4	FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	37
4.5	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	44
<b>5</b>	<b>PERCURSO METODOLOGICO.....</b>	<b>47</b>
5.1	TIPO DE PESQUISA.....	47
5.2	CAMPO DE ESTUDO.....	47
5.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO E SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	51
5.4	TRABALHO DE CAMPO.....	51
5.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	54
5.6	ASPECTOS ÉTICOS-LEGAIS DA PESQUISA.....	56
<b>6</b>	<b>TRATAMENTO DOS RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO.....</b>	<b>58</b>
6.1	FORMAÇÃO SOBRE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: TEORIA SUPERFICIAL SEM PRÁTICA ESPECÍFICA.....	62
6.1.1	Graduação com pouca e/ou ausência de conteúdo de saúde do idoso.....	62
6.1.2	Pouca procura e oferta de especializações em Saúde da Pessoa Idosa.....	67
6.1.3	Educação continuada e permanente em saúde: ausentes do cotidiano do serviço.....	72
6.2	PESSOA IDOSA: QUEM É ELA E O QUE ELA DESPERTA NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	74

6.2.1	Sentimentos/ percepções evidenciadas no processo de cuidar dos idosos.....	75
6.2.2	Situações vivenciadas no serviço em relação à pessoa idosa.....	78
6.2.3	Aproximação à temática de saúde da pessoa idosa por meio de experiências pessoais.....	83
6.3	ATENÇÃO À PESSOA IDOSA: DA CONCEPÇÃO AMPLIADA À PRÁTICA FRAGMENTADA.....	84
6.3.1	Ações pró-saúde da pessoa idosa fragmentadas com distanciamento da integralidade.....	84
6.3.2	Atenção dificultada pela organização do serviço.....	96
6.4	DISTANCIAMENTO DAS POLÍTICAS VOLTADAS A PESSOA IDOSA, PÓREM APROXIMAÇÃO DO ESTATUTO DO IDOSO.....	102
6.4.1	Desconhecimento sobre as políticas e diretrizes.....	102
6.4.2	Estatuto do idoso como referência para conquista de direitos.....	106
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>108</b>
<b>8</b>	<b>PRODUTO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>110</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>116</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>127</b>
	<b>ANEXO.....</b>	<b>132</b>

## FIGURAS, GRÁFICO E QUADRO

---

Figura 1 – Pirâmide etária com a distribuição da população brasileira no ano de 1980.....	23
Figura 2 – Pirâmide etária com a distribuição da população brasileira no ano de 2010.....	24
Figura 3 – Pirâmide etária com a distribuição da população brasileira para o ano de 2050.....	24
Figura 4 - Modelo de Dahlgren e Whitehead dos determinantes sociais em saúde.....	38
Figura 5 – Etapas para operacionalizar a análise do material de pesquisa....	54
Gráfico 1– Distribuição populacional por faixa etária e sexo, do município de Aparecida de Goiânia, no ano de 2010.....	48
Quadro1 – Categorias identificadas na pesquisa e seus respectivos núcleos de sentido e ideias centrais.....	60

## SIGLAS E ABREVIATURAS

---

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMAG	Ambulatório Multiprofissional de Aparecida de Goiânia
APS	Atenção Primária à Saúde
CAIS	Centro de Atendimento Integral à Saúde
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centro Especialidades Odontológicas
CNE	Conselho Nacional de Educação
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
DAIAG	Distrito Agroindustrial de Aparecida de Goiás
DIMAG	Distrito Industrial de Aparecida de Goiânia
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EAD	Educação à Distância
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GO	Goiás
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBL	<i>Problem Baser Learning</i> (Ensino Baseado em Problemas)
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Política Nacional da Pessoa idosa
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNSI	Política Nacional Saúde da pessoa idosa
PNSPI	Política Nacional Saúde da Pessoa Idosa
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PUC-GO	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SESC	Serviço Social do Comércio
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica Saúde da Família
UEG	Universidade Estadual de Goiás
UFG	Universidade Federal de Goiás
UNATI	Universidade à Terceira Idade
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultural
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## RESUMO

---

O envelhecimento populacional acontece de forma acelerada no Brasil, o que exige do setor público de saúde uma resposta imediata, principalmente relacionada à formação dos profissionais de saúde, em especial aqueles que atuam na Atenção Básica, responsáveis diretos pela promoção, prevenção e cuidado à saúde da pessoa idosa. Este estudo buscou compreender o processo de formação dos profissionais de saúde de nível superior, sobre a saúde da pessoa idosa. Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória, realizada com enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas, que atuam na Atenção Básica do município de Aparecida de Goiânia-Goiás. O instrumento de pesquisa utilizado foi a entrevista semi-estruturada. A análise dos dados foi feita utilizando-se a Análise de conteúdo Temática, proposta por Bardin e revisitada por Minayo. Foram entrevistados 31 profissionais e da análise das falas foram identificadas quatro categorias: Formação sobre saúde da pessoa idosa: Teoria superficial sem prática específica; Pessoa idosa: Quem é ela e o que ela desperta nos profissionais de saúde; Atenção à Pessoa Idosa: da concepção ampliada à prática fragmentada; Distanciamento das políticas voltadas para a pessoa idosa, porém aproximação do Estatuto do Idoso. Tais categorias são compostas por núcleos de sentidos. Verificamos que na graduação há pouca e/ou ausência de conteúdos de saúde da pessoa idosa, além de pouca procura e oferta por especializações em saúde da pessoa idosa, a aproximação da saúde da pessoa idosa ocorre por experiências no mercado de trabalho e a educação continuada e permanente em saúde é ausente do cotidiano do serviço; sentimentos e percepções evidenciados no processo de cuidar das pessoas influenciam em situações vivenciadas em relação à pessoa idosa; há uma concepção ampliada de saúde, porém há dificuldades de serem implementadas, devido à organização do serviço, que ainda é centrada no atendimento e não na atenção; existe um desconhecimento sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Concluímos que a formação dos profissionais de saúde em relação à pessoa idosa é limitada, devido ao processo de formação que durante a graduação é superficial, o que continua no serviço, que oferece poucas oportunidades de qualificação.

Palavras chave: Saúde da Pessoa idosa. Profissionais de Saúde. Formação Profissional. Atenção Básica.

## ABSTRACT

---

The aging process of the population in Brazil happens in an accelerated way, which requires the public health sector an immediate response, mostly associated with the training of health professionals, in particular those who work in primary care, directly responsible for the promotion, prevention and health care of the elderly. This study was consisted in understand the process training of health professionals with college degrees, on the health of the elderly. This is an exploratory qualitative research, performed with nurses, doctors and dentists, who work in primary care in the county of Aparecida de Goiânia. The research tool used was a semi-structured interview. Data analysis was performed using the thematic content analysis proposed by Bardin and revisited by Minayo. Were interviewed 31 professionals and from the analysis of the speeches were identified four categories: Training on the elderly health: Superficial Theory without specific practice ; Elderly people : Who are they and what they arouse in health professionals; Attention to the Elderly : From the broad view to the fragmented practice; Distancing from the elderly policies, however approaching the Elderly statute . These categories are composed of senses core. We found that in graduation there is little in undergraduate and / or absence of health contents about the elderly, as well as little demand and supply for specializations and the continued and permanent health education is absent in the service of everyday life; feelings and perceptions highlighted in the care process of older people influence in situations experienced in primary care; there is an amplified conception of health, but with implementation constraints due to organization of service that is still centered care rather than on care; there is still a lack of knowledge about the National Health Policy for the Elderly. We conclude that the training of health professionals in relation to the elderly is limited, due to the process of training that during graduation is shallow and remains in service, which offers few opportunities for qualification.

Keywords: Health of the elderly, Health Professionals, Vocational Training, Primary Health Care.

# 1 APRESENTAÇÃO

---

Início minha apresentação com um trecho da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), que nos proporciona uma reflexão sobre o envelhecimento como um fenômeno contínuo e inevitável.

Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo (BRASIL, 2006a).

Assim, esse estudo partiu das minhas inquietações em relação à forma como os indivíduos estão envelhecendo, como as próximas gerações envelhecerão e como nós, profissionais da saúde, somos preparados para oferecer atenção a esses indivíduos.

A permanência à frente da coordenação do Programa Saúde da Pessoa Idosa, no município de Aparecida de Goiânia, me fez sentir a necessidade de compreender o perfil de formação dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica desse município, em relação à saúde da pessoa idosa, já que isto reflete diretamente no serviço prestado à essa população e contribuirá para a identificação das fragilidades que deverão receber maior atenção por parte da gestão.

Sou bacharel em nutrição, pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-GO. Durante a academia tive a disciplina intitulada “Nutrição e Longevidade”, em que fui apresentada à temática de saúde da pessoa idosa, pela qual me encantei. A partir daí fui sempre procurando me aproximar desse objeto de interesse. Tive a oportunidade de ser monitora da Universidade Aberta à Terceira Idade – UNATI, em que realizávamos oficinas de “Alimentação e Nutrição para pessoas idosas”, este foi um período extremamente enriquecedor.

Ainda durante a graduação, realizei estágio extracurricular na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, mais especificamente na Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, onde o Programa Saúde da Pessoa Idosa estava vinculado. Pude, assim, me aproximar dos profissionais que lá trabalhavam e ver de

perto algumas ações importantes como: Implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, realizações de capacitações, entre outras ações, que se tornaram experiências exemplares.

Ao final de 2010 concluí a graduação, iniciei como nutricionista do Restaurante Cidadão de Campinas, onde juntamente com os acadêmicos que lá recebia, tentava sempre realizar alguma atividade de Educação Nutricional com pessoas idosas.

Em outubro de 2011, iniciei minhas atividades no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Aparecida de Goiânia. No período em que atuei no NASF pude presenciar o trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF), além de contribuir com o desenvolvimento de várias ações.

Entre as questões que mais me chamava à atenção na ESF estava o grande número de pessoas idosas que procuram as unidades e a diversidade de fatores que interferem em sua saúde e na adesão aos tratamentos propostos. Entre esses fatores se destacaram: a cultura das pessoas idosas, a família, mas também a forma como a pessoa idosa é abordada na unidade de saúde.

A abordagem e o acolhimento à pessoa idosa desencadeiam reflexos diretos à adesão aos tratamentos e vínculo com a unidade e com os profissionais. Pude observar que, apesar da necessidade de preparo do profissional, estes não recebiam capacitações e, por vezes, não demonstravam formação acadêmica para tal atribuição.

Em junho de 2013, assumi a Coordenação do Programa Saúde da Pessoa Idosa em Aparecida de Goiânia, um programa ainda recente no município. A cidade apresenta uma população de 27.625 pessoas idosas, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010). Deste total, cerca de 90% são dependentes do sistema público de saúde, o que demonstra a importância do programa e sua adequada implementação.

Diante de minhas inquietações acerca da qualidade do atendimento e dos serviços destinados à população idosa surgiu meu interesse por desenvolver uma investigação que elucidasse as principais fragilidades da formação em saúde direcionadas ao envelhecimento. Assim, ao iniciar o mestrado profissional 'Ensino na Saúde' em 2013, com a linha de pesquisa 'Processos Educativos no Trabalho em Saúde' percebi a oportunidade de investigar além da formação dos profissionais, suas práticas em relação à saúde da pessoa idosa, visando propor ações que

contribuíssem para qualificar a atenção à saúde da pessoa idosa de Aparecida de Goiânia.

A dissertação foi organizada em seis partes: Introdução, objetivos, referencial teórico, percurso metodológico, tratamento e interpretação dos dados e considerações finais. Destacamos que é uma pesquisa qualitativa, que utilizou como instrumentos de coleta de dados a entrevista semiestruturada e que, posteriormente, fez uso da Análise de Conteúdo Temática para análise das falas dos entrevistados.

Essa abordagem nos permitiu atingir nosso objetivo principal, e compreender como de fato se deu, até o momento da coleta dos dados, a formação dos profissionais, e como isso tem se refletido em suas práticas profissionais.

Como produto final apresentamos um curso nos moldes da Educação Permanente em Saúde, intitulado Formação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica em Saúde da Pessoa Idosa: Envelhecer com qualidade, responsabilidade de todos, visando assim formar os profissionais para que o atendimento aos idosos seja mais resolutivo e de qualidade.

## 2 INTRODUÇÃO

---

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define o envelhecimento como:

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração do organismo, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (OPAS, 2003, p. 11).

No entanto, o envelhecimento também é um fenômeno social, e como qualquer outra fase da vida possui características próprias, cabendo à sociedade aceitar, respeitar e valorizar esse crescente grupo. Esse fenômeno inclui vários aspectos como a vida familiar, interação entre idosos e sociedade e valorização do saber de cada indivíduo (OLIVEIRA et al., 2013). Portanto, a velhice é social e culturalmente construída. Isto é, “as diversas sociedades constroem diferentes práticas e representações sobre a velhice, a posição social dos velhos na comunidade e nas famílias [...]” (MINAYO; COIMBRA JR., 2002, p. 209).

No Brasil, considera-se idoso aquele indivíduo com idade a partir de 60 anos. Esse limite de idade foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e, posteriormente, pelo Estatuto do Idoso. Essa é uma característica que se difere dos países desenvolvidos, em que se considera idoso os indivíduos com idade igual e superior a 65 anos. A delimitação cronológica é estabelecida de acordo com as condições que os países oferecem aos seus cidadãos para envelhecerem, ou seja, saúde, moradia, trabalho, lazer, entre outros, que contribuirão para que os indivíduos sejam cada vez mais ativos e saudáveis (TELLES, 2010; ANDRADE et al., 2013).

A população brasileira vem passando por um processo de envelhecimento desde a década de 1960, momento que, coincide com a queda das taxas de fecundidade em regiões mais desenvolvidas do Brasil, propiciando modificações na estrutura etária do país. No Brasil, a expectativa de vida ao nascer tem aumentado muito mais rápida que nos países europeus (MINAYO; COIMBRA JR., 2002). Nos dias atuais, o envelhecimento ocorre em ritmo acelerado, de acordo com dados do IBGE. No ano 2000 o contingente de pessoas com mais de 60 anos, alcançava cerca de 15 milhões, no ano 2010 a proporção aumentou para 20 milhões de pessoas idosas. A

projeção para 2020 é de cerca de 28 milhões de pessoa idosas (IBGE, 2010; OLIVEIRA et al., 2013).

O envelhecimento populacional brasileiro é uma resposta à melhora de alguns indicadores de saúde, especialmente o aumento da expectativa de vida, que em 2013 chegou a 78,6 anos para as mulheres e 71,3 anos para os homens. Está relacionado também a outros fatores como: declínio da fecundidade e mortalidade, urbanização, desenvolvimento da ciência e institucionalização das aposentadorias (ANDRADE et al., 2013).

Diante das questões expostas, observamos impactos sobre as políticas públicas, desde a seguridade social até o aumento de doenças crônicas, tais como o aumento de neoplasias, doenças cardiovasculares e outras doenças que trazem impacto ao sistema de saúde. O país vem se organizando para responder às crescentes demandas da população que envelhece com vários dispositivos legais como a Política Nacional da pessoa idosa – PNI (1994), Política Nacional de Saúde da pessoa idosa - PNSPI (1999 e 2006), Estatuto da pessoa idosa (2003), Pacto pela Vida (2006) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Com estas orientações legais reforça-se a proposta de construção de estratégias que apoiem a prática das equipes de saúde no suporte integral ao envelhecimento bem sucedido (FONSECA, 2012) e saudável.

Tais propostas são pautadas nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), uma política de estado, construída por forças sociais que lutaram pela democracia e se organizaram no movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que se fundamenta na concepção ampliada de saúde. O SUS assume e consagra os princípios da universalidade, igualdade, integralidade da atenção, descentralização, regionalização, hierarquização e a participação social (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Apesar dos avanços no que se refere aos princípios norteadores do SUS e às estratégias propostas, Marin et al. (2008) enfatiza que ainda se enfrenta uma série de dificuldades, destacando-se a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; falta de complementaridade entre a rede de Atenção Básica (AB) e o sistema de referência; precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores e no fomento à cogestão e, ainda, desrespeito aos direitos dos usuários.

Assim, há necessidade de uma reorientação dos serviços de saúde, investindo-se principalmente na AB com discussões de estratégias promocionais à saúde. Por outro lado, os profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam na rede de atenção básica devem ser capacitados para se adequarem às necessidades da população idosa, além de garantir instalações apropriadas para atendimento à pessoa idosa e oferta de boas condições de trabalho para os profissionais da saúde (ANDRADE et al., 2013).

A instrumentalização dos profissionais de saúde e equipes de saúde deve ser um imperativo atual das gestões, a fim de qualificar e preparar os profissionais para o atendimento da demanda de pessoas idosas que aumenta, pois quanto maior o acesso aos bens e serviços da sociedade, maior é a qualidade de vida no processo de envelhecimento. E sob esta ótica, os serviços de saúde têm papel fundamental na atenção à saúde, para que a população idosa possa usufruir a vida. Para tal, são requeridos investimentos que priorizem a prevenção de doenças e controle de condições de cronicidade e que permita aos idosos um viver com qualidade (CAMACHO; COELHO, 2010).

Faz-se necessário o investimento na formação dos profissionais de saúde desde sua graduação, uma vez que, se observa nos cursos de graduação da área da saúde, poucos conteúdos de geriatria e gerontologia, assim como a escassez de campos específicos para a prática. Observa-se que a formação dos profissionais de saúde ainda é pautada na formação tradicional, baseada no modelo flexneriano, do início do século XX (BRASIL 2006; TAVARES et al., 2008; FONSECA, 2012).

Tal modelo hegemônico, hospitalocêntrico tem como características a ênfase na natureza biológica como o fator responsável por doenças; o individualismo, que exclui fatores sociais na determinação da qualidade de vida; a supervalorização do médico e das especialidades, atendimento totalmente fragmentado e desintegrado, além de reforçar a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo, o que contrapõe às necessidades presentes no cuidado à pessoa idosa (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; RAMOS et al., 2013).

Na tentativa de mudar o cenário educacional observamos várias iniciativas que contribuíram positivamente, como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior promulgada em 1968 (Lei Federal 5.540, de 28 de novembro de 1968) que estabeleceu os currículos mínimos para os cursos superiores, organizados em regime disciplinar. Em 1996, o conceito de currículo mínimo deixa de vigorar com a aprovação

da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (Lei Federal 9394, de 20 de dezembro de 1996) que propiciou uma nova organização no sistema educacional superior, além de favorecer sua expansão (BRASIL, 1996; PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2011).

Em decorrência da nova LDB, em 1997, o arranjo disciplinar foi revisto, deixando-se de lado o currículo mínimo e investindo nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Assim, em 2001 foram homologadas pelo Conselho Nacional de Educação as DCN para os cursos de saúde. Tais diretrizes representam um importante marco no sistema educacional brasileiro, uma vez que prioriza a formação generalista e centralidade no estudante, sintonia entre teoria e prática, inclusão de tecnologias que contemplem o contexto social e cultural da pessoa atendida, delineando o perfil dos egressos, definindo suas habilidades e competências (BRASIL, 2001; MOTTA; AGUIAR, 2007; FONSECA, 2012).

As DCN para os cursos da área da saúde apontam que a formação profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2011).

Quando se fala sobre a formação de recursos humanos na área de saúde do idoso, observa-se que a mesma está vinculada a uma compreensão de processo de envelhecimento e suas repercussões biopsicossociais, em face da qual se impõe a necessidade do trabalho interdisciplinar, à luz de novos paradigmas sobre saúde-doença, papel e objetivos do profissional de saúde, como a formação do profissional de saúde deve ser pautada no perfil gerontológico (MOTTA et al., 2006).

As instituições de ensino, mesmo aderindo às diretrizes curriculares, ainda estão, em sua maioria, com uma abordagem biológica do processo saúde-doença, tendo muito poucas contribuições para a compreensão dos determinantes sociais. Até porque, a compreensão dos determinantes sociais necessita de uma inversão e reestruturação das matrizes curriculares dos cursos de graduação incorporando as concepções de integralidade, interdisciplinaridade e parcerias intersetoriais na utilização dos serviços de saúde como cenários de prática, entre outros aspectos relevantes (MOTTA et al., 2006; MOTTA; AGUIAR, 2007).

Levando-se em consideração todo panorama sobre o envelhecimento, saúde-doença, com mudanças de paradigma e investimento em promoção à saúde de fato, a proposição de mudanças na formação dos profissionais de saúde nos últimos anos, nos perguntamos: Os profissionais de saúde de nível superior que atuam na AB

possuem formação sobre saúde da pessoa idosa? Propomos, assim, conhecer e compreender aspectos relacionados à formação dos profissionais de saúde de nível superior sobre saúde da pessoa idosa. Pretendemos ampliar o debate sobre a necessidade de investir-se na formação dos profissionais diante do crescimento tão acelerado do envelhecimento populacional.

### 3 OBJETIVOS

---

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o processo de formação dos profissionais de saúde de nível superior, que atuam na Atenção Básica, do município de Aparecida de Goiânia, sobre a saúde da pessoa idosa.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conhecer a formação acadêmica e complementar dos profissionais sobre saúde da pessoa idosa;
- Conhecer os significados das políticas pertinentes às pessoas idosas para os profissionais de saúde;
- Identificar as competências necessárias para o atendimento à pessoa idosa na perspectiva dos próprios profissionais;
- Analisar o atendimento realizado nas unidades Básicas de Saúde da Família para as pessoas idosas.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

---

### 4.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

A população mundial encontra-se em um processo acelerado de reestruturação demográfica, ou transição demográfica, representando um dos principais desafios da atualidade, que traz crescentes demandas sociais e econômicas, para todos os países. Tal fenômeno caracteriza-se pela redução das taxas de fecundidade, diminuição da mortalidade e consequente aumento da expectativa de vida, influenciado pelas melhorias nas condições de saneamento e o advento do uso de antibióticos e vacinas. Iniciou-se na Europa, e o primeiro fenômeno observado foi a diminuição de fecundidade na Revolução Industrial (CLOSS; SCHWANKE, 2012; DIAS, 2013).

A expectativa é que o número de pessoas com mais de 60 anos cresça de 600 milhões, em 2000, para dois bilhões em 2050. Esse aumento será maior e mais rápido nos países em desenvolvimento, onde se espera que o número de pessoas idosas triplique nos próximos 40 anos. Até 2050, cerca de 80% das pessoas idosas no mundo estará vivendo em países em desenvolvimento (FRAGOSO, 2011).

No Brasil, a transição demográfica iniciada a partir da segunda metade do século XX e primeira década do século XXI chama a atenção pela diminuição da taxa de fecundidade, que é a média do número de filhos nascidos vivos que uma mulher teria ao fim de seu período reprodutivo, e pelo aumento da proporção de pessoa idosas. No ano de 2011, a taxa de fecundidade das mulheres brasileiras foi de 1,95 filhos e o número de pessoa idosa foi de 23,5 milhões representando 12,1%, destaque também é dado para o crescimento da faixa com mais de 80 anos, que este mesmo ano chegou a 1,7% da população, aproximadamente 3.319.000 de pessoas (IBGE, 2010; FALEIROS, 2014).

Outros fatores também são apontados como determinantes para as modificações demográficas do Brasil, como o processo migratório para as regiões urbanas, melhoria das condições sanitárias e do acesso aos serviços de saúde,

incluindo aos métodos contraceptivos, e redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2006a).

O contínuo decréscimo da fecundidade e a redução da mortalidade com aumento da expectativa de vida levou à diminuição da proporção da faixa etária menor de 15 anos e ao aumento da proporção da população adulta, principalmente de 65 anos ou mais. A pirâmide etária é um instrumento utilizado para visualizar didaticamente esse fenômeno, que diante do atual cenário apresenta uma tendência futura à inversão, ou seja, um estreitamento da base e o alargamento do ápice (FONSECA, 2012).

As figuras 1, 2 e 3 trazem a distribuição das pessoas idosas em diferentes anos (1980, 2010) e com prospecção para 2050, e nos permite observar tal inversão (IBGE, 2015).

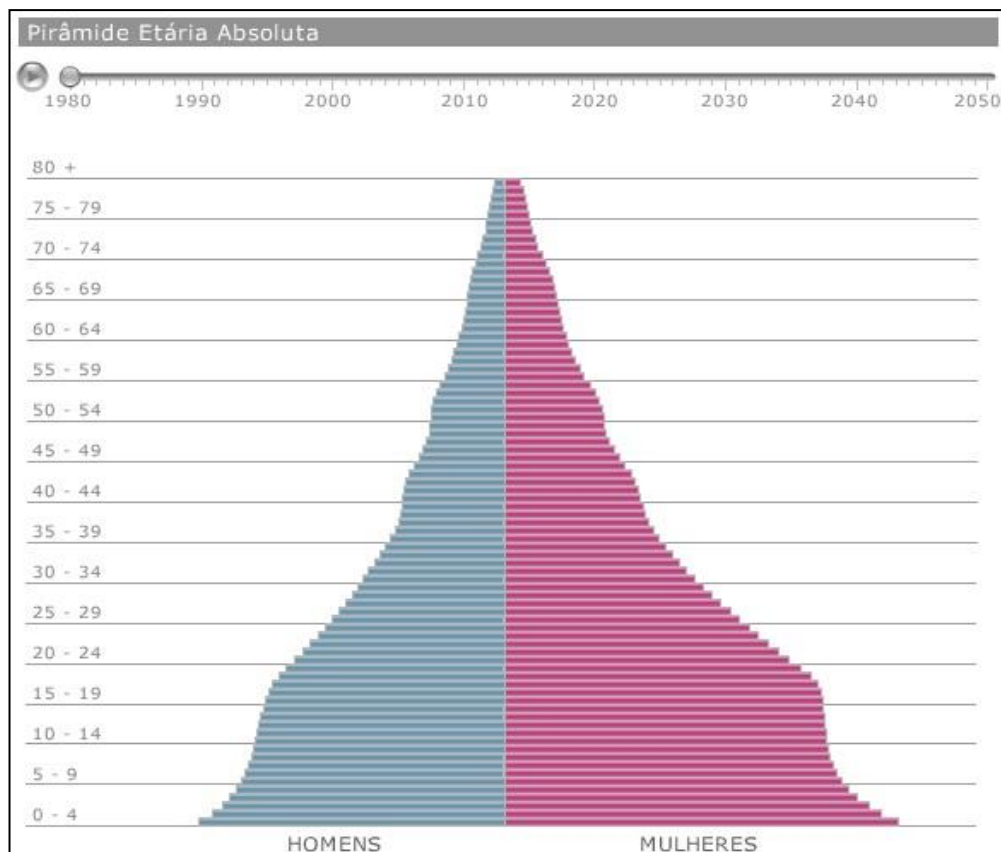


Figura 1 - Pirâmide etária da distribuição da população brasileira no ano de 1980.  
Fonte: IBGE, 2015.

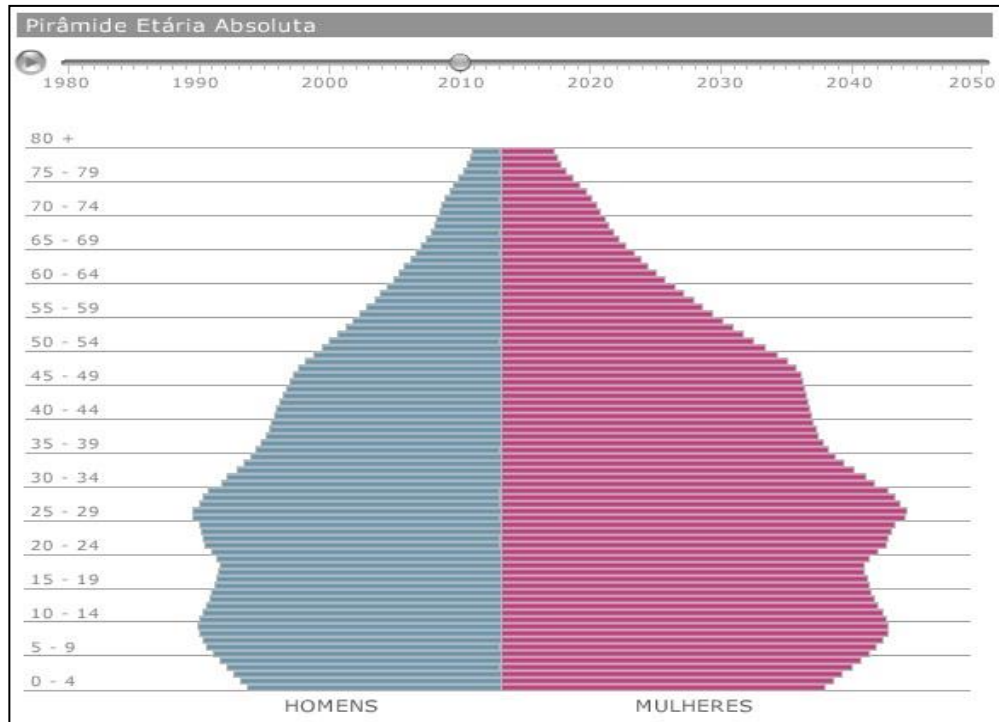


Figura 2 - Pirâmide etária para a população idosa brasileira no ano de 2010. Fonte: IBGE, 2015.



Figura 3 - Pirâmide etária para a população idosa brasileira no ano de 2050. Fonte: IBGE, 2015.

Na pirâmide relativa ao ano de 1980, observamos que a base encontra-se alargada,

seguida de um estreitamento, o que indicava a maior taxa de natalidade em relação à expectativa de vida, ou seja, nasciam muitas crianças do que pessoas chegando aos 60 anos. Tal fenômeno já se apresentou diferente no ano de 2010, em que observamos uma redução na base, um leve aumento no ápice, mudança que se tornará mais acentuada no ano de 2050, em que observamos a expectativa de uma reconfiguração da forma da pirâmide, em que base e ápice estão com números muito próximos. Chama a atenção o aumento do número de idosos mais velhos (com mais de 80 anos) e a proporção de mulheres em relação aos homens (ANDRADE et al., 2013).

O envelhecimento tem características relevantes, como a feminização, uma vez que o grupo feminino representa aproximadamente 60% da população, especialmente devido à maior mortalidade entre o gênero masculino (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2013).

Diante da feminização da velhice, observa-se uma realidade social negativa que acompanha as mulheres: ao invés de ser um momento de lazer e de libertação, para muitas, a velhice se configura em desencanto e depressão. A longevidade das mulheres idosas significa mais riscos que vantagens, uma vez que ela é física e socialmente mais frágil do que os homens. Esse processo poderá se reverter em momentos futuros, em função da autonomia que a mulher está adquirindo, mas a geração de mulheres idosas, no momento atual, ainda traz esse componente cultural e social importante (NICODEMO; GODOI, 2010; OLIVEIRA et al. 2013).

Faleiros (2014) afirma que, a população brasileira não é mais considerada uma população de jovens, e aproxima-se do perfil populacional de países desenvolvidos e ressalta que demoramos menos tempo a alcançar tais números, se comparados aos europeus.

Diante de todo o crescimento mundial dos idosos, precisamos entender o que de fato é o envelhecimento. Sabe-se que o processo de envelhecimento e sua conceituação são complexos, demandam uma abordagem multidisciplinar e devemos problematizar o que chamamos de pessoa idosa ou velha e distinguir as várias óticas lançadas sobre elas (MOTTA et al., 2005).

Assim, apontamos algumas definições: o **envelhecimento biológico** ocorre desde a puberdade ou até mesmo desde a concepção; o **envelhecimento cronológico**, determinado pelo tempo transcorrido a partir da data de nascimento do

indivíduo, tem importância legal, ou seja, pessoa idosa é o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos; o **envelhecimento econômico**, relacionado à atuação no mercado de trabalho; e, o **envelhecimento funcional** está relacionado à capacidade para realizar as atividades da vida diária (TAVARES et al., 2008).

Do ponto de vista cultural, o envelhecimento reflete uma inter-relação de fatores individuais, sociais e econômicos, fruto da educação, trabalho, experiência de vida e cultura. A sociedade determina para cada idade funções, que o indivíduo deve desempenhar como estudo, trabalho, matrimônio e aposentadoria. A forma como o indivíduo se autodefine depende das referências dadas pela cultura e pela sociedade (MOTTA et al., 2005; TAVARES et al., 2008).

Magalhães (2015) em sua tese de doutorado intitulada: Envelhecimento e Cuidado: uma abordagem antropológica centrada na visão de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos aponta as contribuições da Antropologia para entender o processo de envelhecimento, em toda sua extensão, particularidades e complexidades, buscando compreender como esse processo biológico é elaborado simbolicamente por sociedades e culturas diversas.

O principal benefício da antropologia foi à introdução da cultura para interpretar a estrutura da sociedade e o processo de saúde-doença. Nesse contexto contribuiu para relativizar conceitos biomédicos; desvendar a estrutura de mecanismos terapêuticos; mostrar as relações existentes entre o processo saúde-doença e a realidade social; contextualizar os sujeitos e tudo o que o cerca e apresentar formas de abordagem do processo saúde-doença para além do biológico (UCHÔA, 2003; MAGALHÃES, 2015).

Assim, a antropologia tem se destacado como um dos campos de saber mais dinâmicos da saúde coletiva, pois investiga como as populações, sociedades e grupos produzem e simbolizam suas instituições e estruturas, relações, técnicas e sistemas classificatórios, memória, entre outros. Trata-se, portanto de uma prática compreensiva a respeito das relações sociais e também uma prática epistemológica sobre a cientificidade de suas próprias descobertas. A antropologia permite compreender a diversidade de modos de se envelhecer, as maneiras como os idosos atribuem significados a esse período de suas vidas, suas formas de pensar, agir e entender o envelhecimento em contextos sociais e culturais específicos (UCHÔA, 2003).

As mudanças no perfil epidemiológico da pessoa idosa acompanharam as alterações demográficas, com uma redução da incidência de doenças infectocontagiosas e o aumento das doenças e condições crônicas não transmissíveis (transição epidemiológica).

Estudos de base populacional têm demonstrado que no Brasil cerca de 80% das pessoas idosas apresentam, pelo menos, uma enfermidade crônica; cerca de 30%, pelo menos três agravos; e cerca de 10%, apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades (BRASIL, 2006a; CLOSS; SCHWANKE, 2012; FONSECA, 2012).

Diante dessa carga de doenças a dependência torna-se uma questão crucial no processo de longevidade, exige cuidados prolongados e, ao mesmo tempo, articulados aos cuidados paliativos. Aproximadamente 60% das pessoas idosas dependem dos serviços públicos de saúde, o que revela a importância de políticas públicas mais eficientes, de acordo com as novas demandas da população que envelhece (FALEIROS, 2014).

Não podemos deixar de enfatizar a importância da Promoção da Saúde para a qualidade de vida das pessoas idosas, como afirma Lefevre e Lefevre (2000). A Promoção da Saúde força o setor saúde a superar as limitações históricas que o permeiam, do ponto de vista dos fundamentos teóricos, ao domínio da biologia e do ponto de vista prático, à medicina de base tecnológica e ao sistema de assistência à doença de inspiração curativista.

A Promoção da Saúde traz como componente, a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida, chamando à atenção para o protagonismo das pessoas e a necessidade de que as mesmas sejam “empoderadas”, termo que se refere ao processo de intervenção que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequado às suas condições sócio-econômico-culturais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; BRASIL, 2014).

O processo de envelhecimento se faz acompanhar de mudanças sociais cujas consequências podem influir negativamente nas condições de vida dos que envelhecem, sendo que algumas destas mudanças podem induzir à perda da qualidade de vida. Dentre as principais condições de vida podemos salientar a resposta social à deterioração biológica própria do envelhecimento (o modelo médico tradicional equipara velhice com incapacidade); a perda do trabalho; a diminuição dos

recursos; a deterioração da identidade social; a desvalorização social da velhice e a ausência de um papel social para os idosos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2004).

No Brasil, o SUS tem na Promoção de Saúde um de seus principais fundamentos, uma vez que este se baseia nos princípios da integralidade, da atenção à saúde, na proposta de reorientação dos serviços de saúde e da participação comunitária. Estes fundamentos da Promoção de Saúde constituem as bases das políticas públicas de saúde, incluindo as que foram elaboradas para as pessoas idosas.

## 4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE DA PESSOA IDOSA

O Brasil, frente ao crescente envelhecimento da população, estabeleceu-se vários dispositivos legais na tentativa de melhor cuidar dessa população. São exemplos: Política Nacional do Idoso (1994), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (1999; 2006), Estatuto do Idoso (2003), Pacto pela Vida (2006), Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo (2013).

Esses dispositivos brasileiros foram criados baseados na Assembleia Mundial sobre Envelhecimento de Viena, ocorrida em 1982 e na Assembleia Mundial sobre Envelhecimento de Madri, ocorrida em 2002. Tais assembleias influenciaram não só o Brasil, mas o mundo a discutir o envelhecimento, para assim assegurar os direitos das pessoas idosas à saúde e ao envelhecimento ativo e saudável. Além disso, possibilitaram a construção de Planos de Ação internacionais, com diretrizes e princípios que serviram de base para a criação de políticas públicas em prol das pessoas idosas em todo o mundo.

O Plano de Ação construído na Primeira Assembleia Mundial sobre Envelhecimento foi o primeiro documento construído pela Organização das Nações Unidas (ONU) sobre o tema. É considerado o marco inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas direcionadas para a população idosa, pois a partir dele, as discussões sobre envelhecimento vêm sendo endossadas (CAMARANO; PASINATO, 2004).

As metas apontadas no Plano de Viena foram: 1) fortalecer a capacidade dos países para abordar de maneira efetiva o envelhecimento de sua população e atender às preocupações e necessidades especiais das pessoas de mais idade; 2) fomentar

uma resposta internacional adequada aos problemas do envelhecimento com medidas para o estabelecimento da nova ordem econômica internacional; e,3) fomentar o aumento de cooperação técnica das atividades internacionais, em particular entre os próprios países em desenvolvimento (ONU, 1982).

Camarano e Pasinato (2004) apontam que o principal resultado do Plano de Viena foi colocar na agenda política internacional questões relacionadas ao envelhecimento, tanto individual como coletivo. Com isso, vários países em desenvolvimento passaram a incorporar progressivamente o tema em suas constituições.

Em 2002, durante a segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que aconteceu em Madri, foi aprovado um novo Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, chamado de Plano de Madri, que tem como objetivo garantir que as pessoas idosas possam envelhecer com segurança, dignidade, gozando de seus direitos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2002; CARVALHO; ROMERO; MARQUES, 2012).

O Plano de Madri é um instrumento para auxiliar os gestores na formulação de políticas, abordando três áreas prioritárias: as pessoas idosas e o desenvolvimento; promover a saúde e o bem-estar até a chegada da velhice; criar ambientes propícios e favoráveis à um envelhecimento saudável (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2002).

De acordo com Carvalho, Romero e Marques (2012) o Plano de Madri foi incorporado pelo Brasil para a formulação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, de 2006.

Apesar da importância dos planos (Plano de Madri e Plano de Viena) na construção de políticas públicas para o envelhecimento, Camarano e Pasinato (2004) afirmaram que ambos os planos deixaram lacunas principalmente em relação a sua execução, já que estabeleceram apenas que os países precisam investir em aspectos sociais, econômicos e de saúde para as pessoas idosas, porém não apresentam alternativas para os países colocá-las em prática, e isso dificultou sua efetivação, principalmente nos países em desenvolvimento.

No Brasil, a inserção de temas relacionados ao envelhecimento populacional nas discussões das políticas nacionais principiou graças à iniciativas e pressões da sociedade civil, das associações científicas e de grupos políticos (CAMARANO; PASINATO, 2004).

As principais iniciativas que contribuíram para o desenvolvimento das políticas no Brasil foram: a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), em 1961 e criação dos grupos de convivência para as pessoas idosas, pelo Serviço Social do Comércio (SESC), em 1963 (CAMARANO; PASINATO, 2004; WILLIG; LENARDT; MÉIER, 2012).

O primeiro documento que trouxe normas para uma política de assistência a pessoa idosa foi a Diretrizes para a Política Nacional para a Terceira Idade, instituído em 1976, baseada na pessoa idosa dependente. Tal visão começou a modificar-se após a realização da I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, com a introdução do conceito de Envelhecimento Saudável (CAMARANO; PASINATO, 2004; WILLIG; LENARDT; MÉIER, 2012).

A Constituição Federal (CF) de 1988 faz referência à pessoa idosa:

Artigo 230 - A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida. - § 1º Os programas de amparo às pessoas idosas serão executados preferencialmente em seus lares. - § 2º Aos maiores de 65 anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos (BRASIL, 1988).

Ainda na CF, os artigos de 196 a 200, garantem aos brasileiros, de modo geral, o direito universal e integral à saúde, o que foi reafirmado com a criação SUS, por meio da Lei Orgânica de Saúde (LOS) nº 8.080, de outubro de 1990. Entende-se por tais direitos, o acesso universal e com equidade a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com garantia da integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos (BRASIL, 1988; FERNANDES; SOARES, 2012).

Em 1994, foi aprovada a PNI, pela Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994, e a criação do Conselho Nacional da Pessoa Idosa, que foram regulamentados pelo Decreto nº 1.948 de 03 de julho de 1996. A política consiste em um conjunto de ações governamentais com o objetivo de assegurar os direitos das pessoas idosas, partindo do princípio fundamental de que a pessoa idosa é um sujeito e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas.

Essa lei assegurou os direitos sociais às pessoas idosas, criando condições para a promoção de sua autonomia, sua integração e participação efetiva na sociedade de modo a exercer sua cidadania, e reafirmou o direito à saúde nos

diversos níveis de atendimento do SUS. A partir da PNI foi estipulado o limite de 60 anos e mais, de idade, para uma pessoa ser considerada idosa (BRASIL, 1994).

Como parte das estratégias e diretrizes dessa política, destaca-se a descentralização de suas ações envolvendo estados e municípios, em parceria com entidades governamentais e não governamentais. A Lei em discussão rege-se por determinados princípios, tais como: assegurar a pessoa idosa todos os direitos de cidadania, com a família, a sociedade e o Estado como responsáveis em garantir sua participação na comunidade, defender sua dignidade, bem-estar e direito à vida (FERNANDES; SOARES, 2012).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que tem como princípios a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde da pessoa idosa, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio aos estudos e pesquisa. Tem a finalidade de assegurar às pessoas idosas, sua permanência no meio e na sociedade em que vivem desempenhando suas atividades de modo independente (BRASIL, 1999).

O Congresso Nacional aprovou e o presidente da república sancionou o Estatuto da pessoa idosa, através da Lei nº 10.741 (BRASIL, 2003). O Estatuto foi elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses das pessoas idosas e ampliou a resposta do estado e da sociedade às necessidades desta população, simbolizando um dos principais instrumentos de direito da pessoa idosa. Foi uma conquista para a efetivação de tais direitos, especialmente por tentar proteger e formar uma base para a reivindicação de atuação de todos (família, sociedade e estado) para amparar e respeitar as pessoas idosas (FERNANDES; SOARES, 2012).

O Congresso Nacional também aprovou e o presidente da república sancionou o Estatuto da pessoa idosa, através da Lei nº 10.741 (BRASIL, 2003). O Estatuto foi elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses das pessoas idosas e ampliou a resposta do Estado e da sociedade às necessidades desta população, simbolizando um dos principais instrumentos de direito da pessoa idosa. Foi uma conquista para a efetivação de tais direitos, especialmente por tentar proteger e formar uma base para a reivindicação de atuação de todos (família, sociedade e estado) para amparar e respeitar as pessoas idosas (; FERNANDES; SOARES, 2012).

Esse instrumento conta com 118 artigos que versam sobre as diversas áreas dos direitos fundamentais e das necessidades de proteção das pessoas idosas, visando reforçar as diretrizes contidas na PNI. O avanço se dá principalmente no estabelecimento de crimes e sanções administrativas para o não cumprimento dos ditames legais (CAMARANO; PASINATO, 2004).

O Capítulo IV da PNI traz especificamente o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção, e o artigo III, apresenta as disposições preliminares, dispõe sobre a obrigação de toda estrutura social para assegurar à pessoa idosa, com prioridade, a efetivação do direito à saúde. A garantia de prioridade compreende, entre outras, a capacitação e atualização dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços as pessoa idosas (BRASIL, 2003).

Em 19 de outubro de 2006, foi assinada a Portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), representando, assim a atualização da Portaria nº 1.935, de 1999. A portaria, de 2006, traz uma nova discussão da situação de saúde das pessoas idosas, uma vez que afirma ser indispensável incluir a condição funcional para a formulação das políticas para a saúde desta população. Consideram que existem pessoas idosas independentes e outra parcela mais frágil, assim as ações devem ser pautadas de acordo com estas especificidades (BRASIL, 2006a).

A PNSPI propõe a articulação intersetorial, como a inclusão nos currículos escolares de disciplinas que abordem o processo do envelhecimento como natural, não vinculado obrigatoriamente a patologias e incapacidades, valorizando assim a pessoa idosa (BRASIL, 2006a).

Outro marco importante, que chamou a atenção para o envelhecimento e necessidade de se cuidar da saúde das pessoas idosas foi o Pacto pela Vida, um dos três eixos que compõe o Pacto pela Saúde. O Pacto pela Vida foi um compromisso entre gestores do SUS em torno de prioridades que impactam na saúde da população. É constituído por um conjunto de compromissos, resultados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais (BRASIL, 2006b).

O Pacto é composto por ações prioritárias no campo da saúde que deverão ser executadas com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para alcance desse resultado. A primeira

prioridade é a saúde da pessoa idosa, mais especificamente a Implantação da PNSPI, buscando a atenção integral para efetivação da mesma (BRASIL, 2006b).

As principais ações estratégicas do Pacto pela Vida são a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa; Programa de Educação Permanente à Distância; Acolhimento, com reorganização do processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde; Assistência farmacêutica; Atenção Diferenciada na Internação, com avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar; Atenção domiciliar (BRASIL, 2006b).

Carvalho, Romero e Marques (2012) enfatizam que as diretrizes estabelecidas no Pacto pela Vida estão em sintonia com o estabelecido no Estatuto da pessoa idosa, já que reforça a implantação dos serviços de saúde de acordo com as necessidades da população.

Entende-se que a simples pactuação não garante que venham a ocorrer mudanças na maneira de se produzir o cotidiano dos serviços de saúde. Isto depende da descentralização do processo de gestão para que os atores locais – gestores, trabalhadores de saúde, prestadores de serviço e usuários – tornem-se protagonistas na pactuação de novos compromissos e responsabilidades (CARNEIRO et al., 2014).

O Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo instituído em setembro de 2013, pelo decreto 8.114, estabeleceu o Compromisso Nacional para o envelhecimento Ativo, com a instituição da comissão Interministerial para monitorar e avaliar as ações e promover a articulação de órgãos e entidades públicas envolvidos em sua implementação. As ações a serem desenvolvidas têm como fundamentos básicos: emancipação e protagonismo; promoção e defesa de direitos; informação e formação (BRASIL, 2013).

Apesar dos avanços em relação às políticas brasileiras de saúde, estas ainda se apresentam muito restritas e largamente insuficientes, em relação à oferta de serviços e programas de saúde pública e à amplitude e abrangência da sua intervenção junto à população idosa, especialmente para a parcela dependente de cuidados continuados. Para as políticas e direitos de fato existirem não basta estarem contidas nas leis, antes, precisam ser apropriadas pelos cidadãos democraticamente constituídos. Assim, apesar do vasto arcabouço legal brasileiro de proteção à pessoa idosa, cabe questionar se ele é cumprido (GIACOMIN, 2014; MAGALHÃES, 2015).

### 4.3 SAÚDE DA PESSOA IDOSA E ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, define AB como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011, p. 19).

A PNAB define ainda que a AB é desenvolvida por meio do:

[...] exercício de práticas de cuidado e gestão, democrática e participativa, sob forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011, p. 19).

No Brasil, a principal estratégia de implementação e organização da AB é a Programa Saúde da Família (PSF), atualmente designado de Estratégia Saúde da Família (ESF), criado em 1994, pelo Ministério da Saúde. Tem como precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que teve início em 1991 e foi uma tentativa de racionalizar os gastos em saúde, implementar as diretrizes que regem o SUS e levar ações de promoção à saúde às populações de risco (LIMA et al., 2008).

A ESF deve ser a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde e tem como objetivo reorientar o modelo de atenção à saúde imprimindo uma nova dinâmica nos serviços de saúde, estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade (BRASIL, 2011; GOMES et al., 2011).

A ESF tem como ações principais: identificar os problemas de saúde dos indivíduos e famílias, propor intervenções a estes problemas, consolidar o planejamento estratégico local e ações específicas em relação aos grupos com maior risco de adoecer e morrer, além de outras, de caráter individual e coletivo. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede de serviços tradicionais no âmbito dos municípios pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de

saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2011; COSTA; CIOSAK, 2010; FONSECA, 2012).

A PNSPI define a AB como porta de entrada para a atenção à saúde da pessoa idosa e a coordenadora de cuidados para a rede de serviços especializados de média e alta complexidade, devendo estar voltada para o envelhecimento e a saúde da pessoa idosa por meio do desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe dirigido às populações de territórios bem delimitados, pelo qual assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território (BRASIL, 2006a).

Paschoal, Salles e Franco (2006) acrescentam que quando se trata da atenção à saúde da pessoa idosa, seu objetivo principal é assegurar a manutenção de um bom estado de saúde, para que essa pessoa possa ter uma vida ativa, no ambiente em que está inserida, juntamente com sua família, além de ter autonomia e independência física, psíquica e social, ou seja, participar ativamente do contexto familiar, e manter-se com autonomia.

Faleiros (2014) afirma que a ESF ainda não está preparada para a devida atenção a pessoa idosa. Deparamo-nos com a falta de estrutura da atenção básica, bem como de uma gestão qualificada, que acaba por gerar o fortalecimento da visão hospitalocêntrica, curativista.

As ações em saúde voltadas para a pessoa idosa na AB estão defasadas, não acompanharam a mudança demográfica da população, os serviços de saúde estão sobrecarregados e os custos despendidos com o cuidado à população idosa têm aumentado, justamente pela ineficiência da atenção muitas vezes centrada na doença e em níveis de maior densidade tecnológica, como os hospitais (VERAS et al., 2013).

Magalhães (2015) aponta que alguns aspectos do cotidiano da ESF devem ser mais bem compreendidos para superar as dificuldades de atenção à pessoa idosa. Dentre os aspectos elencados pela autora destacam-se a mudança no modelo tradicional de atenção à saúde; a instituição de equipes multiprofissionais; e o foco na família da pessoa idosa. Pode-se também fazer uso da visita domiciliar e da busca ativa para se alcançar cada vez mais os idosos e suas famílias, atendendo aos princípios da integralidade, equidade e controle social.

A AB requer um trabalho diferenciado que se caracteriza como reflexivo e complexo, que depende da colaboração de saberes distintos, como o científico, o técnico, os sociais e os provenientes de dimensões éticas e políticas, além de contar

com uma diversidade de atores, tecnologias, relações sociais e interpessoais, de organização do espaço e sua dinâmica. Esta questão demonstra a necessidade de uma programação em educação permanente com atualização técnico-científica, para que a assistência integral à saúde, traduzida em qualidade de vida, seja atingida (BRASIL, 2011; FONSECA, 2012).

Tal situação revela a importância da qualificação dos profissionais da AB e da estrutura dos serviços de saúde para promover o cuidado à pessoa idosa e sua família com ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e assistência às doenças, buscando evitar a incapacidade, a internação frequente e o asilamento.

#### 4.4 FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Para o estudo do processo de envelhecimento e a conseqüente atenção à saúde, duas áreas têm sido abordadas no ensino da graduação e pós-graduação: a Gerontologia, compreendida como campo de conhecimento interdisciplinar que visa investigar o envelhecimento humano em sua perspectiva mais ampla, considerando os aspectos clínicos, biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e históricos, e a Geriatria, ramo da medicina direcionado à promoção da saúde e ao tratamento de doenças e incapacidades entre as pessoas idosas (TAVARES et al., 2008).

A formação tradicional, ainda predominante na área da saúde, é baseada no modelo desenvolvido a partir do estudo do educador Abrahan Flexner, nos Estados Unidos, que norteou a reforma da educação médica a partir de 1910. Flexner analisou o ensino das escolas médicas americanas e elaborou o “Relatório Flexner”, com seu modelo de ensino (BRANT, 2005).

Esse modelo orientou não só o ensino da medicina, mas o ensino em saúde, e não somente nos Estados Unidos. Apresenta como principais características: ser centrado no professor e na prática médica assistencialista, com total ênfase no atendimento hospitalar, no ensino teórico, na departamentalização, nos processos biológicos, distanciando-se das questões sociais e culturais. Contribuiu exponencialmente para a precoce especialização e utilização excessiva de

tecnologias por equipamentos para apoio diagnóstico e terapêutico (FONSECA, 2009; PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2011).

No atual momento epidemiológico e demográfico, deve-se levar em consideração o conceito ampliado de saúde. Essa reorientação surge a partir de Carta de Ottawa (Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde) que influenciou as subseqüentes pesquisas em saúde e apresentou a contribuição dos fatores sociais, culturais, materiais, ambientais e estruturais, além da inter-relação e interdependência dos mesmos. A partir desse modelo explicativo, muitos outros surgiram, sendo o modelo de Dahlgren e Whitehead (Figura 4) um dos mais adotados (MOYSÉS; WATT, 2000). Neste modelo, todos os componentes são parte da territorialização, elemento essencial na concepção da ESF.

A formação profissional ainda vigente, no entanto, se contrapõe ao modelo ampliado de saúde e contempla o modelo baseado na doença e no modelo hospitalocêntrico e asilar que não atendem as necessidades da população idosa e já demonstram sua ineficiência. A insistência na manutenção do atual modelo, longe de solucionar as questões de saúde, termina por agravá-la (LOURENÇO et al., 2005).

Para atender à demanda de pessoas idosas é preciso preparar as pessoas para lidar com esse novo cenário social. Longo e Colussi (2012), afirmam que os profissionais de todas as áreas devem começar a agir e pensar em formas de proporcionar subsídios para que a população envelhecida torne-se mais saudável, ativa e independente.

A formação dos profissionais preparados para atender as demandas dessa população exige tanto reformulações curriculares quanto capacitação do corpo docente, visando à adequação dos cursos às necessidades da sociedade.



Figura 4 - Modelo de Dahlgren e Whitehead dos determinantes sociais em saúde. Fonte: MOYSES; WATT, 2000.

Nesta perspectiva e contrapondo-se ao modelo flexneriano, em 2001 o Conselho Nacional de Educação (CNE), homologou as DCN para os cursos de graduação na área da saúde, representando um importante marco legal no sistema educacional, delineando o perfil do egresso e definindo suas habilidades e competências.

Mas para chegar até as DCN uma longa caminhada foi trilhada, iniciando-se em 1968, com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB), que estabeleceu o currículo mínimo para os cursos superiores da área da saúde. Tal currículo, organizado em regime disciplinar, apresentava o conjunto de estudos e atividades correspondentes a um determinado programa de formação a ser desenvolvido em período definido, com carga horária, disciplinas obrigatórias e eletivas (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2011).

Em 1996, com aprovação da nova LDB, vemos uma reafirmação do direito à educação, garantido pela CF, e observamos que a finalidade da educação superior, vem ao encontro de uma formação mais ampla possível:

- I – estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo;
- II – formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua;

III – incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando ao desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive;

IV – promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos que constituem patrimônio da humanidade e comunicar o saber através do ensino, de publicações ou de outras formas de comunicação;

V – suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional e possibilitar a correspondente concretização, integrando os conhecimentos que vão sendo adquiridos numa estrutura intelectual sistematizadora do conhecimento de cada geração;

VI – estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade;

VII – promover a extensão, aberta à participação da população, visando à difusão das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica geradas na instituição (BRASIL, 1996).

Com as DCN essas finalidades devem ser colocadas em prática, com os cursos orientados por um modelo pedagógico centrado no estudante, com sintonia entre teoria e prática, com inclusão de tecnologias que contemplem o contexto social e cultural da pessoa atendida (MOTTA; AGUIAR, 2007).

As propostas atuais das DCN para o ensino superior se pautam nos quatro pilares do conhecimento da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultural (UNESCO) proposto por Delors (1998). São eles:

[...] **aprender a conhecer**: indica o interesse, a abertura para o conhecimento, que verdadeiramente liberta da ignorância; **aprender a fazer**: mostra a coragem de executar, de correr riscos, de errar mesmo na busca de acertar; **aprender a conviver**: traz o desafio da convivência que apresenta o respeito a todos e o exercício de fraternidade como caminho do entendimento; e, finalmente, **aprender a ser**, que, talvez, seja o mais importante por explicitar o papel do cidadão e o objetivo de viver (DELORS, 1998. p.90).

Entre os princípios das DCN para os cursos da área da saúde estão: estimular a prática de estudo independente, visando uma progressiva autonomia intelectual e profissional; encorajar o reconhecimento de conhecimentos<sup>1</sup>, habilidades<sup>2</sup> e competências<sup>3</sup> adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referiram à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada; fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e

---

<sup>1</sup>Conhecimento: 1. Ato ou efeito de conhecer. 2. Faculdade de conhecer.3. Ideia, noção; informação, notícia.

<sup>2</sup>Habilidade: 1. Qualidade de hábil. 2. Capacidade, inteligência. 3. Aptidão.

<sup>3</sup>Competência: 1. Faculdade para apreciar e resolver qualquer assunto. (BRANDÃO, 2007).

coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão (BRASIL, 2001; FONSECA, 2012).

Os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e com a formação das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os acadêmicos e profissionais dos serviços (BRASIL, 2001; FONSECA, 2012).

O Estatuto da pessoa idosa, em seu artigo 18, aborda a problemática de recursos humanos, ainda em uma forma tradicional e mecanicista quando se utiliza de expressões como “treinamento”.

“As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades da pessoa idosa, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda” (BRASIL, 2003).

Mas o Estatuto da pessoa idosa avança em suas proposições, quando no artigo 22 traz a demanda da inserção nos currículos dos diversos níveis de ensino formal, os conteúdos relativos ao processo de envelhecimento, à eliminação de preconceitos e à valorização social das pessoas idosas (BRASIL, 2003).

A formação profissional em saúde da pessoa idosa, apesar de ter passado por adequações curriculares e ser mencionada na PNI e na PNSPI, ainda não é especificada nas competências a serem desenvolvidas nestes processos. As competências para a atenção à pessoa idosa estão contempladas indiretamente nas diretrizes, posto que o envelhecimento faz parte do ciclo de vida. Sua ausência ou insignificância, na concepção do currículo, aponta para a restrita importância atribuída socialmente a esta parcela da população (MOTTA et al., 2008).

Além da adequação dos currículos é necessário adequar as metodologias e material didático de formação dos profissionais na área da saúde, visando ao atendimento das diretrizes fixadas na PNI e PNSPI, incentivando a criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior (BRASIL, 2006a).

No Brasil, uma estratégia utilizada para a transformação curricular da graduação é a diversificação de cenários de ensino-aprendizagem, o que significa a alocação de carga horária expressiva dos estudantes e preceptores em unidades básicas de saúde e organizações comunitárias (COSTA et al., 2012).

Tais iniciativas colocam-se como oportunidades de avanços por meio de práticas interdisciplinares e multiprofissionais. Não se trata apenas de mudar o local onde se desenvolve a prática, mas a incorporação e a inter-relação entre métodos didático-pedagógicos, áreas de práticas e vivências, utilizando tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras, a valorização dos preceitos morais e éticos orientadores de condutas individuais e coletivas. Relaciona-se ao processo de trabalho, ao deslocamento do sujeito e do objeto do ensino e à revisão da interpretação das questões referentes à saúde e à doença (COSTA; CIOSAK, 2010; COSTA et al., 2012).

O processo educativo para o enfrentamento do envelhecimento populacional não se restringe somente à graduação ou ao saber médico. Ele compreende níveis educacionais anteriores à graduação e avança para a educação permanente e continuada, com foco no trabalho interdisciplinar e em equipe (MOTTA et al., 2008).

Na AB, a capacitação de recursos humanos ganha especial relevância quando o sujeito da atenção é a pessoa idosa, sendo necessário problematizar os valores e atitudes de todos os profissionais frente a esta população, uma vez que há falta de suporte social para grande número de pessoa idosas, além de recursos comunitários inadequados (FONSECA, 2012). Também é necessário capacitar para a atuação em equipe buscando, por meio da interdisciplinaridade, contemplar a integralidade da atenção à saúde das pessoas idosas. Os diversos saberes podem contribuir para um planejamento adequado das ações de atenção, recuperação e promoção da saúde.

O processo educacional não pode se restringir à graduação, visto que é contínuo e dinâmico, e os avanços das ciências devem atrelar-se ao contexto social e cultural da pessoa assistida pelo profissional (BRASIL, 2009; FONSECA, 2012).

Despontam, assim, as pós-graduações *Latto Senso* e *Stricto Senso* com a temática em envelhecimento, em saúde da pessoa idosa, bem como as residências em geriatria e gerontologia, para aquisição de conhecimento.

Motta e Aguiar (2007) chamam a atenção para o desafio que a pós-graduação tem no cenário atual, uma vez que, a graduação não fornece o treinamento e conhecimentos minimamente adequados, sobre saúde da pessoa idosa. O principal problema apontado pelas pesquisadoras refere-se ao fato de os conteúdos das pós-graduações suprirem a falta de conhecimento prévio dos indivíduos, ou seja, formam-se especialistas com o conteúdo básico que deveria constar da graduação. De fato se

os conteúdos fossem institucionalizados na graduação, as especializações e residências médicas aprofundariam os conhecimentos dos indivíduos.

Além das pós-graduações na área de saúde do idoso, podemos destacar que para os profissionais inseridos no serviço, constantemente, deve haver treinamentos, capacitações, cursos, entre outras ações sobre o tema, como aponta a PNSPI (2006). Para tanto, deve-se investir em educação permanente e/ou continuada.

Nesse contexto, algumas ferramentas tecnológicas podem ser utilizadas no processo de formação dos profissionais. Considerando as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde com relação ao acesso à formação permanente e continuada, Belloni (2002) destaca que é necessária a interação com as novas tecnologias de informação e comunicação. A Educação à Distância (EAD), por exemplo, pode ser uma estratégia para a educação permanente e continuada por permitirem maior flexibilidade, criatividade, dinamicidade, interação e comunicação no processo ensino e aprendizagem, resultado da participação ativa do aluno na construção do conhecimento (OLIVEIRA, 2007; GUIMARÃES; MARTIN: RABELO, 2010).

O Programa Telessaúde Brasil Redes (BRASIL, 2012) é uma ação nacional que busca melhorar a qualidade do atendimento e da AB integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover a Teleassistência e a Teleducação, podendo o tema sobre a saúde do idoso, ser abordado com frequência. O programa é integrado por gestores de saúde, instituições formadoras de profissionais de saúde e serviços de saúde do SUS, sendo assim composto por dois núcleos:

Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico – instituições formadoras e de gestão e/ou serviços de saúde responsáveis pela formulação e gestão das Teleconsultorias, Telediagnósticos e Segunda Opinião Formativa; Ponto de Telessaúde – serviços de saúde por meio dos quais os trabalhadores e profissionais do SUS demandam Teleconsultorias e Telediagnósticos (BRASIL, 2012).

Vale destacar que não podemos ver a interação com os recursos tecnológicos como solução mágica para modificar a relação pedagógica. Nestas experiências, o professor deve valorizar o diálogo, a troca, a relação interpessoal, rompendo com o modelo de ensino conservador e tradicional. Ensinar e aprender à distância são atividades que demandam dedicação e responsabilidade, desafiando aluno e

professor a modificarem seus papéis. O aluno deve ter mais iniciativa, motivação e disciplina, enquanto o professor deve trabalhar como consultor, colaborador e facilitador do aprendizado. Além disto, é fundamental ressaltar a importância da interação, do diálogo e do intercâmbio de ideias e experiências entre os tutores, profissionais de saúde e os participantes do processo de educação para a construção do conhecimento (MORAN, 2001; GUIMARÃES; MARTIN: RABELO, 2010).

O ensino de saúde do idoso apresenta-se como um desafio diante do atual cenário, pois precisamos de profissionais aptos a lidar com o crescente número de pessoas idosas. No entanto, observamos certo distanciamento da temática em todos os níveis educacionais. Para mudar essa situação precisamos de fato sensibilizar os gestores e os próprios profissionais, ainda enquanto graduandos para que busquem mais conhecimentos, e uma vez inseridos no serviço façam uso da educação permanente para adquirirem maior formação, não apenas individual, mas em equipe.

#### 4.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A PNSPI apresenta como uma de suas diretrizes a “formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa” (BRASIL, 2006a).

Nesta perspectiva é necessário diferenciar educação permanente de educação continuada, uma vez que estas influenciam na atuação profissional.

A educação continuada geralmente é baseada na pedagogia da transmissão, representando uma continuidade do modelo escolar, centrado na atualização do conhecimento e na experiência do professor. É uma técnica de capacitação descontínua, de ocorrência periódica, e geralmente centrada em cada categoria profissional, sem enfoque multidisciplinar (BRASIL, 2009). São exemplos os cursos de atualização e especialização, cursos pontuais, sem a preocupação de intervir ou modificar uma situação vigente em determinada realidade.

Já a educação permanente trabalha fundamentalmente com a metodologia da problematização, baseando-se na aprendizagem significativa, priorizando a reflexão sobre o cotidiano do trabalho em saúde e a necessidade de saúde das pessoas que

buscam o cuidado, visando à transformação das práticas profissionais e da realidade social (BRASIL, 2009). Ou seja, ela se dá especialmente para promover resolutividade aos problemas existentes em uma determinada realidade, por meio da aprendizagem significativa, ou seja, a aprendizagem tem sentido para as pessoas que passam por esse processo.

A educação permanente também pode ser considerada como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é elaborada a partir dos problemas apresentados no cotidiano das instituições e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já trazem na sua vivência profissional (OLIVEIRA, 2007, p.587).

A educação permanente é proposta como ferramenta de construção de novos modelos de trabalho, novas relações entre a equipe multidisciplinar, entre os profissionais e usuários idosos, em uma tentativa de empoderá-los no cuidado em saúde.

A formação de profissionais para atuar na área da atenção à pessoa idosa implica no desenvolvimento de conteúdos e habilidades voltados para a prática do trabalho interdisciplinar, na compreensão do processo de envelhecimento e seu contexto psicossocial.

Além desses pontos, merece destaque a utilização da educação permanente como estratégia de atenção à pessoa idosa, na qual esta torna-se a protagonista, ou seja, a educação permanente é um dos vários instrumentos pedagógicos e políticos capaz de promover junto ao cidadão uma melhor compreensão do exercício da cidadania (ROLDÃO, 2011).

Devemos assim aproximar a educação da vida cotidiana, reconhecendo o potencial educativo das situações vivenciadas no trabalho. Transformar situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o processo de trabalho, não se limitando a categorias profissionais, ao contrário, toda a equipe, incluindo médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, professores, trabalhadores, enfim, todos os atores que formam o grupo que deve voltar-se para a educação permanente (BRASIL, 2009).

Vale destacar que o processo de mudanças na formação dos profissionais de saúde, para ser viável, requer atuação sobre a estrutura das práticas de saúde, articulação do mundo do ensino e do mundo do trabalho. Deve-se reconhecer o caráter educativo do próprio trabalho e aproveitar as oportunidades educativas

proporcionadas pela organização e pelo desenvolvimento e operação dos serviços de saúde, constituindo-se como base estruturante do processo político-pedagógico de formação (LEMOS; FONTOURA, 2009).

## **5 PERCURSO METODOLOGICO**

---

---

## 5.1 TIPO DE PESQUISA

Essa pesquisa foi desenvolvida no âmbito da abordagem qualitativa exploratória.

Optou-se por essa metodologia, pois de acordo com Minayo (2014) a pesquisa qualitativa se propõe a “uma compreensão particular e profunda dos fenômenos sociais em questão” e Turato (2005, p.509) aborda a crescente utilização dessa modalidade de pesquisa na área da saúde, que em nosso caso é a formação dos profissionais de saúde frente às questões do envelhecimento.

Apesar de as várias teorias existentes competirem entre si para explicar ou ajudar os pesquisadores a compreenderem determinadas questões, existem problemas novos para os quais não se desenvolveram teorias específicas (DESLANDES; MINAYO; GOMES, 2013). Assim, nossa escolha foi a pesquisa qualitativa exploratória, que é dedicada à construção de conhecimentos sobre tema ainda desconhecido, permitindo a produção de hipóteses de leitura daquela realidade, pois a temática (formação dos profissionais de saúde de nível superior, que atuam na AB sobre saúde da pessoa idosa) é pouco abordada na perspectiva dos próprios profissionais (GOMES; SILVEIRA, 2012).

## 5.2 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa aconteceu nas unidades básicas de saúde da família do município de Aparecida de Goiânia.

Primeiramente apresentaremos algumas características do município de Aparecida de Goiânia, local em que a pesquisa aconteceu para assim nos situarmos e compreendermos melhor algumas peculiaridades do município e dos serviços de saúde. Nos aspectos geográficos, Aparecida de Goiânia está situada na mesorregião do Centro Goiano, integrando a região metropolitana de Goiânia (capital do Estado de Goiás), ocupando uma extensão territorial de 288,465 km<sup>2</sup>.

O Município conta com vários polos industriais: o Distrito Industrial Goiás; o Distrito Industrial Municipal de Aparecida de Goiânia (DIMAG) e o Distrito

Agroindustrial de Aparecida de Goiânia (DAIAG). Nos polos estão instaladas empresas que fabricam peças de veículos, material de limpeza, alimentação, equipamentos hospitalares, entre outras. (PREFEITURA DE APARECIDA DE GOIÂNIA, 2015).

A economia do município vem mudando o que proporciona a chegada de mais mão de obra e perspectivas de crescimento econômico para todos. Houve também a instalação de instituições de ensino superior, que em 2015, já são em número de cinco faculdades particulares, além da Universidade Estadual de Goiás (Unidade Aparecida de Goiânia), Instituto Federal de Goiás (Campus Aparecida de Goiânia) e Universidade Federal de Goiás (Campus Aparecida de Goiânia).

Apesar de todo crescimento, é um desafio para o setor público prover saúde, educação, segurança para tantos indivíduos, pois houve também o aumento da criminalidade, violência e iniquidades.

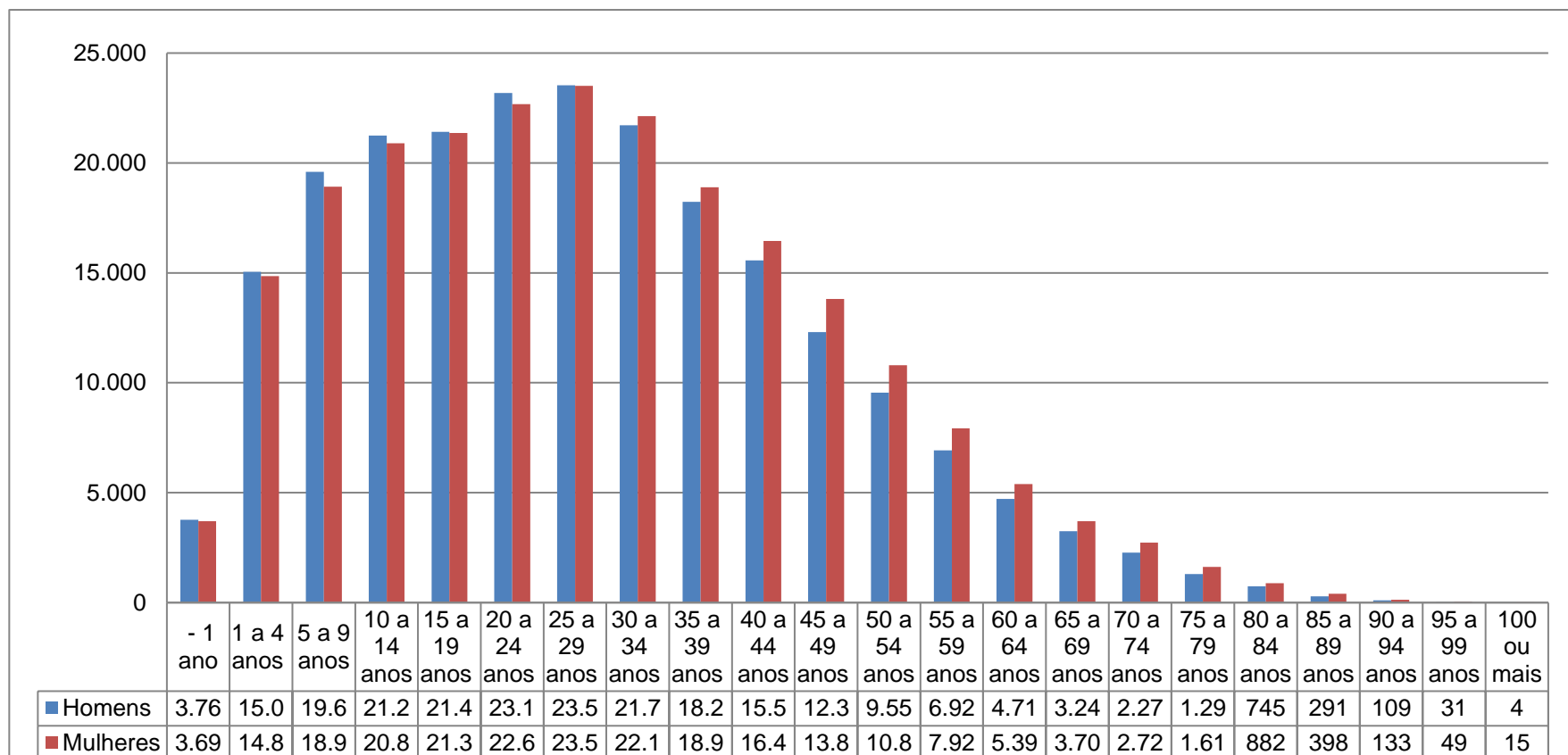
Aparecida de Goiânia possuía, em 2010, 455.657 mil habitantes segundo dados do IBGE, com uma população formada por 99.75% urbana e 0.25% rural. A população para o ano de 2014 ultrapassava os 500 mil habitantes, estando na casa de 511.323 mil habitantes (IBGE, 2014).

O Gráfico 1 apresenta a distribuição populacional por faixa etária e sexo de acordo com dados do IBGE (2010). Podemos observar no gráfico que o contingente de indivíduos jovens é bem superior ao de pessoas idosas podendo assim afirmar que a população do município é jovem.

O Índice de Envelhecimento é definido como o número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

O Índice de Envelhecimento de Aparecida de Goiânia é de 23 indivíduos para cada grupo de 100 pessoas menores de 15 anos, situação diferente se comparada ao Brasil, que no mesmo período apresentou um Índice de Envelhecimento de 44 (CLOSS; SCHWANKE, 2012). Mesmo assim, o número de indivíduos com 60 anos ou mais é expressivo, sendo 27.465 pessoas idosas de acordo com dados do Censo (IBGE, 2010).

Gráfico 1 - Distribuição populacional por faixa etária e sexo, do município de Aparecida de Goiânia.



Fonte: IBGE (2010)

A rede de saúde pública do município é composta por trinta e quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 61 equipes de ESF, dois Centros de Atendimento Integral a Saúde (CAIS), duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), um Centro Clínico Municipal (atendimentos de especialidades médicas); um centro de atendimento ambulatorial; três Serviços de Saúde mental; Laboratório Municipal; duas farmácias distritais e uma de alto custo; uma maternidade municipal; um Hospital de Urgências; uma Central do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); um Ambulatório Multiprofissional de Aparecida de Goiânia (AMAG); uma Central de Regulação de serviços de Saúde (ProReg) e o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

Encontra-se em fase de construção o Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia, a ampliação da Maternidade Municipal Marlene Teixeira, implantação do Centro de Referência em Saúde da pessoa idosa, e construção de mais nove UBS.

Aparecida de Goiânia conta também com serviços privados que complementam a oferta de saúde ao município. Dentre estes destacam-se três hospitais, além de vários laboratórios e um serviço especializado em curativo.

Atualmente a AB do município conta com 34 Unidades Básicas de Saúde da Família, com 61 equipes de ESF, o que representa uma cobertura de apenas 38%. As equipes em sua maioria são básicas, formadas por: enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e ACS, e dessas 61 equipes, 12 são consideradas ESF ampliadas, pois o Cirurgião-Dentista e o auxiliar de saúde bucal fazem parte da equipe. O município conta ainda com quatro equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) compostos pelas seguintes categorias profissionais: nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, fisioterapeutas, médico ginecologista e médico pediatra. Foram inauguradas também duas academias da saúde.

A AB foi o cenário escolhido para o desenvolvimento da pesquisa, pois apesar da população de Aparecida de Goiânia ainda ser considerada jovem, precisa estar preparada para atender a população de pessoas idosas, que é crescente e carente de cuidados. Além disso, a escolha do município para a pesquisa foi reforçada pelo fato de ser o local de trabalho da pesquisadora, que está à frente do Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Em 2012, foi realizado concurso público e a partir de 2013, parte dos profissionais (principalmente enfermeiros e técnicos de enfermagem), que eram contratados passaram a ter vínculo estatutário com o município e, conseqüentemente,

com a população, contribuindo para a redução da rotatividade destes profissionais. Porém ainda não observamos tal fixação dos médicos, que em sua maioria são vinculados ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB<sup>4</sup>) ou ao Mais Médicos<sup>5</sup>, que estabelecem prestação de serviços por um período de 12 meses, podendo ser prorrogado por mais 12 meses, com a migração de um programa para outro.

### 5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

Nossa população de estudo foi composta pelos profissionais de nível superior que atuam na ESF de Aparecida de Goiânia (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) concursados ou participantes do PROVAB.

Foram excluídos da amostra os profissionais que estavam afastados do exercício de suas atividades por qualquer motivo no período da coleta de dados (licença maternidade, licença por atestado médico, licença por interesse particular, férias, disposição para outros órgãos) e os que participam do Projeto Mais Médicos para o Brasil, uma vez que, vários dos profissionais que fazem parte desse programa no município tem sua formação em universidades do exterior (Cuba, Espanha).

### 5.4 TRABALHO DE CAMPO

A ESF é o local em que temos a possibilidade de estar em contato direto com os indivíduos e com suas famílias e as pessoas idosas são os principais sujeitos que procuram o serviço (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012). Sabendo disso e da necessidade de se investir em ações que aumente a efetividade e o cumprimento da

---

<sup>4</sup> O Programa de Valorização do Profissional de Atenção Primária– PROVAB foi criado com o objetivo de ampliar o acesso à Saúde à população carente, incentivando profissionais da saúde recém-formados a trabalhar em regiões marcadas pela escassez de médicos. O PROVAB serve como degrau entre a graduação e a pós-graduação, aprimorando a formação profissional do recém-formado que, além de conhecer de perto a realidade dos usuários do SUS, atuando junto com as comunidades de forma supervisionada, tem acesso ao curso de especialização em Atenção Básica, disponibilizado pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS, 2015).

<sup>5</sup> Projeto Mais Médicos para o Brasil: Projeto instituído dentro do Programa Mais Médicos, no qual participam médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País; médicos brasileiros formados em instituições de educação superior estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior; médicos estrangeiros com habilitação para exercício de medicina no exterior (BRASIL, 2013).

PNSPI, nosso contato enquanto coordenação do programa municipal de Saúde da Pessoa Idosa é frequente com os profissionais da ESF, o que favoreceu nossa aproximação com o campo de pesquisa.

Inicialmente foi realizado um sorteio com as unidades de ESF que dispunham dos profissionais que se encaixavam no perfil da pesquisa, ou seja, as equipes que contavam apenas com enfermeiros não concursados e com médicos que fossem do Mais Médico foram excluídas do sorteio. Tal sorteio foi importante para definir a ordem do contato com as unidades de saúde. O sorteio aconteceu na Secretaria Municipal de Saúde, local de trabalho da entrevistadora e foi acompanhado por duas outras profissionais que ali trabalhavam.

Após a definição da ordem das unidades da ESF, os profissionais (enfermeiros, cirurgiões-dentistas (CD) e médicos) foram contatados por telefone, e também pessoalmente para agendamento da entrevista. O contato foi feito gradualmente.

O trabalho de campo exige estratégias e técnicas como enfatiza Medeiros (1999).

Trabalho de campo em pesquisa qualitativa é a etapa em que nossas inquietações assumem caráter prático, sendo momento no qual o pesquisador tem a oportunidade de interagir com os atores sociais envolvidos na investigação. Para tanto precisamos estabelecer as estratégias e as técnicas (MEDEIROS, 1999, p. 67).

Para esta pesquisa, a técnica ou o instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada.

A entrevista semiestruturada é um instrumento metodológico, cuja principal característica “é o seu caráter aberto”, ou seja, o entrevistado responde as perguntas dentro de sua concepção, o que possibilita ao pesquisador obter dados de maneira flexível. Silva et al. (2014) afirma que, com esse meio, é possível articular o direcionamento da entrevista com questões formuladas, como também abordar o tema de maneira livre e reflexiva e obter dados fundamentais sobre o objeto de estudo. Minayo (2014) aponta ainda que na pesquisa semiestruturada há uma mistura de perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a liberdade de discorrer sobre diferentes temas sem se prender a indagação previamente formulada.

Para a elaboração e adequação do roteiro de entrevista semiestruturada considera-se a vivência do pesquisador, a literatura sobre o tema em estudo, a

apreciação de juízes e as informações obtidas no pré-teste e que possibilitem alcançar os objetivos da pesquisa (BELEI et al., 2008).

O roteiro inicialmente elaborado serviu para a condução do pré-teste que tinha por objetivo observar a adequação do roteiro, as primeiras impressões sobre as entrevistas, o tempo em média utilizado para cada entrevista.

Na fase de pré-teste, foram realizadas 12 entrevistas (10 enfermeiras, 2 médicos), e permitiu o aperfeiçoamento do roteiro para assim alcançarmos nossos objetivos. Os profissionais que participaram do pré-teste não participaram da amostra final e foram selecionados de acordo com a ordem do sorteio realizado previamente.

Com a realização dos pré-testes pudemos observar que os profissionais foram receptivos, mesmo os que apresentaram alguma desconfiança pelo telefone, após a explicação dos objetivos da pesquisa, mostraram-se interessados. Notamos também que eles gostaram de falar sobre o tema Pessoa Idosa, pois é um público muito constante nas unidades. Isso fez com que nossa preocupação aumentasse para que as questões norteadoras pudessem responder aos nossos objetivos, fazendo com que as aprimorássemos. Modificamos a forma das perguntas, para que as mesmas não limitassem as respostas, podendo assim aumentar as possibilidades de diálogo com os entrevistados.

Passado a fase de pré-teste chegamos ao nosso roteiro definitivo, que também foi avaliado por uma *expert* em pesquisa qualitativa e encontra-se em apêndice (APÊNDICE A).

À medida que as questões eram colocadas, houve a possibilidade de aprofundar as respostas, esclarecer as dúvidas, mas de maneira cautelosa para não influenciar as respostas dos entrevistados.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora, preservando as falas assim como ditas pelos profissionais. O tempo médio das entrevistas foi de 25 minutos, com tempo mínimo de 10 minutos e máximo de 45 minutos.

Quanto à escolha do número de entrevistados nossa amostra total era de 51 enfermeiros, 16 médicos e 12 CD, porém, Minayo (2003) afirma que o critério de representatividade da amostragem na pesquisa qualitativa deve permitir que haja a reincidência de informações ou saturação dos dados, situação ocorrida quando nenhuma informação nova é acrescentada com a continuidade do processo de pesquisa. A continuação da pesquisa torna-se, portanto, pouco produtiva ou até

mesmo inútil dependendo do período de insistência na continuidade. Procedemos às entrevistas até a saturação dos dados e nossa amostra foi composta por quatorze enfermeiros, oito médicos e nove CD.

## 5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para melhor compreender os significados dos materiais coletados, nos propusemos a analisá-los por meio da Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bardin (1979) e revisitada por Minayo (2014).

Antes de descrevermos Análise de Conteúdo Temática, fazemos referência à Análise de Conteúdo, que de acordo com Bardin (1979).

É um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1979, p. 42).

Nesse contexto Análise de Conteúdo Temática é uma variação da análise de conteúdo, e como o próprio nome indica, o conceito central é o tema, definido como “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (Bardin, 1979, p. 105).

Assim, fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.

Minayo (2014) aponta que operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas, como exposto na figura 5:

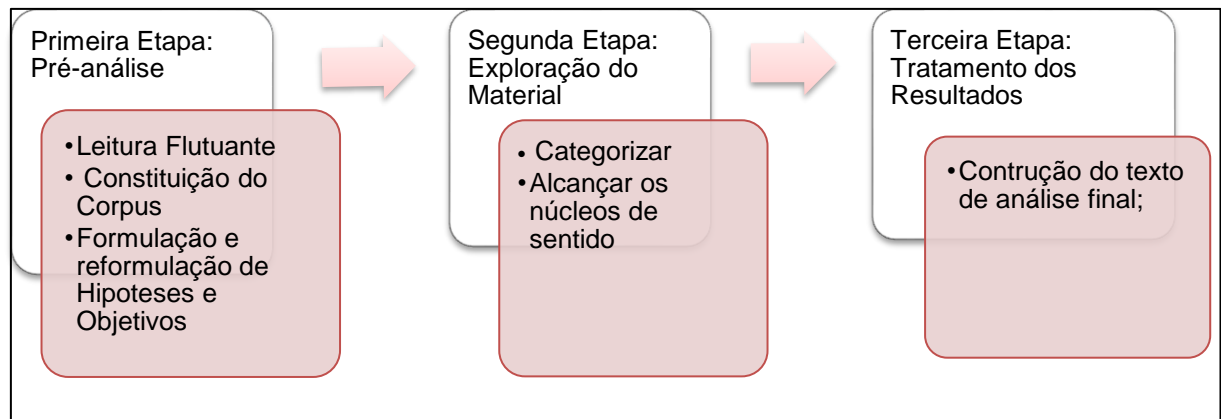


Figura 5 - Etapas para operacionalizar a análise do material de pesquisa. Fonte: Autora.

Na Primeira etapa (Pré-Análise), há uma retomada nas hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa, o investigador deve se perguntar sobre as relações entre as etapas realizadas, elaborando alguns indicadores que o orientem na compreensão do material e na interpretação final. Esta etapa é dividida nas seguintes tarefas:

- Leitura flutuante: Este momento exige que o pesquisador tenha contato direto e intenso com o material de campo, impregnando-se pelo seu conteúdo.
- Constituição do Corpus: Refere-se ao universo estudado, devendo responder a algumas normas de validade qualitativa: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.
- Formulação e reformulação de Hipóteses e Objetivos: Consiste na retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro a leitura exaustiva do material e as indagações iniciais.

Na etapa seguinte (Exploração do Material), há uma operação classificatória com o objetivo de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Busca-se encontrar as categorias, podendo ser expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.

Minayo (2014) afirma que a categorização, processo de redução do texto à palavras e expressões significativas, é uma etapa complexa, que nem sempre há segurança para a escolha de categorias que leve a uma abordagem densa e rica. Para que isso aconteça é necessário, primeiro: recortar o texto em unidades de registro que podem ser palavras, frases, temas, personagens, acontecimentos, considerados relevantes. Segundo: o pesquisador deve escolher as regras de contagem, já que a compreensão é construída por meio de codificações e índices

quantitativos. Terceiro: o pesquisador realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação dos temas.

Esta etapa foi realizada com auxílio do software WebQDA, software para análise qualitativa, que permite analisar dados não teóricos e não estruturados. Permite também a edição, visualização, interligação e organização de documentos a serem configurados de acordo com as necessidades do investigador, além disso, diferentemente de outras ferramentas, apresenta compatibilidade com os diversos sistemas operacionais utilizados pelos investigadores ampliando as suas possibilidades de utilização, uma vez que pode ser acessado em qualquer computador com acesso à internet (SOUZA et al., 2013).

Na última etapa, temos o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, o que permite colocar em evidência as informações obtidas. A partir daí, o analista propõe as inferências e realiza as interpretações que pode se interrelacionar com a teoria proposta inicialmente ou pode indicar novas possibilidades teóricas e interpretativas a partir do material encontrado (MINAYO, 2014).

Para identificar as falas utilizamos as iniciais de cada categoria profissional, (E) enfermeiros, (M) médicos, (CD) Cirurgiões-Dentistas, seguida de algarismo arábico, de acordo com a ordem das entrevistas.

Medeiros (1999) enfatiza que no momento da interpretação, as categorias de análise construídas teoricamente devem dialogar com as categorias empíricas, ou seja, a interpretação exige a criação de categorias analíticas (geralmente trabalhadas desde o início da investigação) que devem ser capazes de desvendar as relações mais abstratas e mediadoras para a parte contextual e de categorias empíricas, criadas a partir do material coletado em campo, contendo e expressando relações e representações do grupo pesquisado.

## 5.6 ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS DA PESQUISA

Para a realização da pesquisa primeiramente foi pedido autorização para o secretário municipal de saúde de Aparecida de Goiânia, que autorizou a realização da mesma por meio da declaração de anuência (APÊNDICE B). Em seguida o projeto,

atendendo a Resolução 466/12, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, através da Plataforma Brasil e aprovado com o parecer 849.791 (ANEXO 1).

Os dados dos profissionais (nome completo, nome da equipe de trabalho, telefone da unidade), que atuam na ESF, foram obtidos junto à coordenação da ESF e foram utilizados para o primeiro contato com os participantes da pesquisa.

Todos os participantes foram convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), mesmo os que participaram do pré-teste.

## 6 TRATAMENTO DOS RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO

---

Foram entrevistados trinta e um profissionais (APÊNDICE D), dos quais quatorze eram enfermeiros (12 mulheres e 2 homens), oito médicos (2 mulheres e 6 homens) e nove cirurgiões-dentistas (7 mulheres e 2 homens). Houve predomínio de mulheres, com vinte e um (67,7%) indivíduos. Dos dez homens, a maioria (6) era médico.

A feminização, que ocorre neste grupo, tem sido predominante no exercício das atividades em saúde, principalmente na profissão de enfermagem. Até mesmo as profissões que eram consideradas masculinas como odontologia e medicina têm passado por esse processo de feminização (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2010).

Tal característica é afirmada também por Mattos, Toassi e Oliveira (2013) no estudo intitulado “profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações”, em que as autoras afirmam que esta é uma tendência mundial. Afirmam, ainda, que isso ocorre principalmente devido ao processo de modernização e globalização que produz mudanças culturais e evidencia a associação entre a escolaridade e a participação da mulher no mercado de trabalho, em especial na área da saúde.

Em relação ao tipo de instituição de ensino, dezesseis (51,6%) estudaram em instituição privada e quinze (48,4%) estudaram em instituição pública, portanto, a distribuição das instituições públicas e privadas na formação, deste grupo, foi equitativamente semelhante entre as categorias pesquisadas.

O tempo mínimo de formado foi de seis meses e o máximo de quarenta anos, mas destes, um pouco mais da metade (17- 54,8%) tinha no máximo quatro anos de formado. Quanto ao tempo de atuação na AB, este variou de seis meses a dezesseis anos, ou seja, alguns indivíduos estão na ESF desde seu início, nos permitindo afirmar que tiveram experiências em outros municípios, já que a Saúde da Família em Aparecida de Goiânia iniciou-se em 1999. Dos trinta e um profissionais, onze (35,4%) tinha menos de um ano de atuação na atenção básica, ou seja, cerca de um terço dos profissionais tinha pouca experiência nos serviços de AB prestados.

Observamos entre os profissionais, que muitos têm o tempo de formado e o tempo de AB muito próximos, sugerindo que suas experiências profissionais foram adquiridas na ESF, ou seja, assim que concluíram a graduação ingressaram no serviço público. Os enfermeiros e os CD por meio de concurso público e os médicos, em sua maioria, por meio do PROVAB.

Costa et al. (2006) pesquisaram qual a motivação dos profissionais para ingressarem e permanecerem na ESF e descobriram que as principais questões elencadas pelos profissionais foram: identificação com as propostas da ESF, conquista de um emprego, lotação compulsória e vantagens relacionadas ao processo de trabalho (gratificações). Em nosso estudo, alguns destes pontos também foram confirmados, principalmente em relação à identificação com a ESF entre os enfermeiros e CD.

Destacamos também o fato de apenas uma médica ser concursada e os demais médicos participarem do PROVAB, o que garante a permanência do profissional na ESF apenas por um determinado período, contribuindo para a alta rotatividade dos profissionais e o não estabelecimento de vínculo.

Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde com gestores de dez grandes municípios brasileiros, observou-se que estes classificam os médicos contratados para a ESF como jovens e desempregados ou maduros e aposentados. Tais profissionais têm perfil de difícil adaptação ao trabalho, o que pode conduzir à rotatividade nos serviços de saúde (GUARDA; SILVA; TAVRES, 2012). Esses dados não são diferentes dos encontrados em nosso estudo, uma vez que, apesar de nossa amostra ser composta, em sua maioria, por profissionais vinculados ao PROVAB, evidencia o fato de serem jovens, muitos em seu primeiro emprego, e que estudam para entrarem em uma residência médica.

É unanimidade entre os médicos a importância do PROVAB. O programa representa hoje para os profissionais que almejam residências médicas, uma pontuação extra (10 pontos). Nesse caso, essa pode ser a motivação dos profissionais médicos permanecerem na AB, aliada à questão salarial, especialmente no início da carreira.

*E a vantagem é que é o PROVAB, porque além do dinheiro você ainda ganha uma bonificação, na prova de residência, para qualquer residência. (M2)*

Alguns profissionais, desde a faculdade, buscam se aproximar da ESF, e quando concluem a graduação adentram ao serviço e outros basicamente tem sua formação por meio da experiência em serviço.

*Toda a minha formação profissional enquanto trabalhadora de saúde, foi com a atenção básica. É a única experiência que eu tenho, então se eu não me engano, são seis ou sete anos na atenção básica, e trabalhando com a população. (E4)*

Retomando ao tratamento e interpretação dos resultados, para além dos dados de caracterização dos profissionais participantes desse estudo, trabalhamos com a Análise de Conteúdo Temática para a análise dos dados obtidos por meio das entrevistas.

Após o cumprimento das várias etapas da pesquisa qualitativa e após várias leituras dos materiais foram identificadas quatro categorias, com suas respectivas ideias centrais e núcleos do sentido, que podem ser visualizados no Quadro 1.

Quadro 1 – Categorias identificadas na pesquisa e seus respectivos núcleos de sentido e ideias centrais

CATEGORIA	NÚCLEOS DE SENTIDO	IDEIAS CENTRAIS
Formação sobre saúde da Pessoa Idosa: teoria superficial sem prática específica	Graduação com pouco e/ou ausência de conteúdos de saúde do idoso; Pouca procura e oferta de especializações em Saúde da Pessoa Idosa; Educação continuada e permanente em saúde: ausentes do cotidiano do serviço.	Conteúdos disseminados; falta de estágios específicos; formação prática associada à saúde coletiva; serviço; pós-graduação; outras experiências.
A pessoa idosa: quem é ela e o que ela desperta nos profissionais de saúde.	Sentimentos/ percepções evidenciados no processo de cuidar dos idosos; Situações vivenciadas no serviço em relação à pessoa idosa; Aproximação à temática de saúde da pessoa idosa por meio de experiências pessoais.	Paciência; conhecimento; adaptação; preconceito; afinidade; estímulo; expectativa; não gostar de trabalhar com pessoas idosas.
Atenção à pessoa idosa: da concepção ampliada à prática fragmentada	Ações pró-saúde da pessoa idosa fragmentadas com distanciamento da integralidade; Atenção dificultada pela organização dos serviços.	Acolhimento; atendimento multiprofissional; parcerias intersetoriais; fortalecimento de vínculo; equidade; respeito e desrespeito à cultura; relacionamento familiar; não adesão a tratamentos; responsabilidade com a família; estrutura das unidades; agenda das consultas; desvalorização profissional; centralidade no modelo biomédico; sobrecarga dos profissionais.
Distanciamento das Políticas voltadas para a Pessoa Idosa, porém aproximação do Estatuto do Idoso	Desconhecimento sobre as políticas e diretrizes; Estatuto do Idoso como referência para conquista de direitos.	Desinformação sobre as Políticas; pequena aproximação da PNSPI; Estatuto da Pessoa idosa; Programa Saúde da Pessoa Idosa.

## 6.1 FORMAÇÃO SOBRE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: TEORIA SUPERFICIAL SEM PRÁTICA ESPECÍFICA.

Nesta categoria o que percebemos foi que no geral a formação dos profissionais de saúde está deficitária, tanto no período de graduação como após o ingresso ao serviço.

Observar tal afirmação por meio dos núcleos de sentido suscitados: graduação com pouco e/ou ausência de conteúdos de saúde do idoso; educação continuada e permanente em saúde ausentes no cotidiano dos serviços; e, pouca oferta e interesse por especializações em saúde da pessoa idosa;

### 6.1.1 Graduação com pouco e/ou ausência de conteúdos de saúde do idoso

Quando solicitamos que os profissionais falassem sobre sua formação em saúde da pessoa idosa, notamos que estes levantaram várias questões e que essa acontece de forma bem diversificada nas diferentes instituições e cursos.

Deparamo-nos com profissionais que tiveram uma disciplina específica de saúde da pessoa idosa na instituição em que estudaram, seja em um período/semestre.

*Então na minha faculdade a gente teve a matéria de geriatria, teve uma matéria específica. (E3)*

*A disciplina foi de um semestre só [...] acho que dá uns 4 meses! e a gente viu mais a parte teórica! mesmo! (E14)*

*[...] no 4º ano de universidade, nós temos essa disciplina de saúde da pessoa idosa, que é um semestre [...]. (M1)*

As falas deixam clara a forma superficial como a temática do idoso é trabalhada na graduação.

*Em relação à saúde da pessoa idosa, durante a academia, a gente tem mais mesmo é uma pincelada no que a gente vai enfrentar aqui no dia a dia. (E2)*

Outros profissionais relataram que não tiveram uma disciplina exclusiva de saúde da pessoa idosa, porém tiveram a temática distribuída em alguma(s) disciplina(s).

*[...] enquanto acadêmica na universidade a gente não teve nada muito específico em relação à saúde da pessoa idosa. Assim, tem dentro de outras matérias, não tem assim, aquela matéria, com carga horária suficiente para abordar esse tema que é muito amplo [...]. (E9)*

Em estudo realizado em 2004, Diogo verificou que a questão da formação de recursos humanos especializados em geriatria e gerontologia encontra vários obstáculos, e as principais limitações dos cursos de graduação da área da saúde são a escassez de conhecimentos gerontogerítricos dos profissionais da saúde, a ausência de sintonia de grande parte das instituições de ensino superior com o processo de transição demográfica, escassez de conteúdo gerontogerítricos nos currículos, falta de campos específicos para estágios e inexperiência do corpo docente.

A inserção de conteúdos específicos sobre saúde da pessoa idosa depende do Projeto Político Pedagógico de cada instituição. Porém, as DCN apontam para a necessidade de formar profissionais aptos a atuar em diferentes ciclos de vida e programas instituídos no SUS. Isso acontece com as DCN do curso de enfermagem, que em seu texto deixa claro a importância de se trabalhar a saúde da pessoa idosa. Porém, nas DCN de odontologia e medicina não há essa especificação tão clara, e nem sequer aparece a expressão “pessoa idosa” em seus textos.

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS) orienta que nos cursos de enfermagem, os conteúdos gerontogerítricos não sejam oferecidos parcialmente e nem integrados a outras disciplinas, para que não sejam diluídos ou reduzidos ao longo da matriz curricular (CAMACHO, 2002).

Há necessidade de reformulação de tais documentos, reforçando a importância deste conteúdo, tendo em vista o envelhecimento populacional e a necessidade de profissionais capacitados, desde sua formação, para o cuidado da pessoa idosa.

Entre os profissionais houve a manifestação em prol da inserção da temática pessoa idosa, na universidade.

*A gente uma vez até discutiu na faculdade que tinha que ter geriatria [...]. (E10)*

Há necessidade de reorientar também as estratégias utilizadas para a inserção desses conteúdos já existentes nas matrizes curriculares dos cursos de saúde. E já que as DCN apontam para a mudança de cenários de práticas, o espaço da AB pode se tornar um espaço adequado para essa formação, além de contribuir com a educação permanente dos profissionais dos serviços.

Notamos isso, principalmente, quando os profissionais afirmam que, apesar de terem tido a disciplina específica, a mesma foi ministrada de forma superficial, sem conteúdos práticos como os estágios, diferentemente de outras disciplinas, como saúde da criança e saúde do adolescente, o que pode remeter a pouca importância dada ao tema.

*Eu tive uma disciplina que trabalhava a respeito do tema [...] Mas eu não tive um estágio específico para trabalhar com essa faixa etária. (E1)*

*[...] foi uma disciplina mais teórica, por que igual a gente teve hebiatria e aí estágio [...] a gente tinha um local de atuação, pediatria a gente ia pro hospital. Agora, geriatria a gente não teve um local pra ir [...] (E3)*

Santos (2006) afirma que os estágios são uma estratégia que direciona a formação do aluno, por representar uma oportunidade de aproximação com a realidade social que o cercará, garantindo uma estreita relação com sua futura profissão.

Apesar de a maioria dos profissionais relatarem que não tiveram estágio específico em saúde da pessoa idosa, um fato relevante foi que muitos profissionais relacionaram os estágios de saúde coletiva como o momento em que mais se aproximaram da saúde da pessoa idosa durante a graduação.

*[...] a gente teve mais atuação mesmo com a pessoa idosa lá na saúde pública, nos estágios de saúde pública. (E3)*

*[...] mas assim, a saúde da pessoa idosa mesmo, a gente teve contato com eles nesses postos de saúde. (CD2)*

*Não teve nada separado não. Foi em saúde coletiva, eu não lembro bem, que tem tanto tempo, né? (CD 3)*

As ESF são espaços privilegiados que compõem os cenários de prática para a formação de alunos, tendo em vista a organização do modelo de atenção. É também

uma possibilidade que os alunos têm de vivenciarem diversas situações em que deverão ser capazes de agir visando o cuidado integral dos indivíduos. No território de atuação da equipe há estimulação da autonomia dos sujeitos, com estabelecimento de vínculos e participação social, em uma prática humanizada (CARÁCIO et al., 2014). Esses podem ser alguns motivos que levam os profissionais a relacionarem tanto os estágios de saúde coletiva com a atenção à pessoa idosa.

Embora não seja uma generalidade, já há alguns cursos da saúde que fazem abordagens da saúde da pessoa idosa na ESF. No caso específico, um curso de medicina citado utiliza o método do Ensino Baseado em Problemas - *Problem Based Learning* (PBL). Essa metodologia ativa da aprendizagem é centrada no estudante e por meio dos problemas elaborados, visa a aprendizagem e integração dos conteúdos, sob a orientação de tutores.

*Olha durante a faculdade a gente tem contato com a pessoa idosa [...] desde o começo. Para falar a verdade, a gente é inserido [...] na estratégia saúde da família desde o primeiro período. (M2)*

O PBL é reconhecido mundialmente como uma abordagem da aprendizagem capaz de promover a aquisição de conhecimentos pelos alunos, ao mesmo tempo em que os ajuda a desenvolver habilidades e atitudes profissionais desejáveis. Muitos alunos consideram que a problematização se aproxima do contexto da AB, pois o possibilita assumir responsabilidades de modo compartilhado com a equipe e a comunidade, o que favorece a formação de vínculo e planejamento do cuidado (VIGNOCHI et al., 2009; CARÁCIO et al., 2014).

Na fala dos cirurgiões-dentistas, observamos que o tema de saúde da pessoa idosa em sua formação, aparece esporadicamente na Odontologia Coletiva. Mas acontece prioritariamente na disciplina de Prótese Dentária, de forma superficial.

*[...] mas assim a saúde do idoso mesmo, a gente ter contato com eles nesses postos de saúde ou de unidades foi mais no quarto ano [...] no estágio de odonto coletiva. (CD3)*

*[...] naquela clínica de prótese, então a gente começou a ter mais contato com as pessoas idosas. (CD 2)*

*[...] a gente viu muito pouco, [...] e voltado mais assim, pra paciente desdentado, câncer bucal, mais voltado pra essas áreas, que acometem mais as pessoas idosas....e clínicas, né? [...] a saúde da pessoa idosa, a gente vê muito por alto, é na parte de tratamento, nada de prevenção! (CD 8)*

Em estudo realizado por Saintrain, Souza e Caldas (2006), que avaliaram a inserção da Odontogeriatrics nos cursos de odontologia das regiões centro-oeste e sul do Brasil, os autores concluíram o que foi exposto pelos profissionais, que os conhecimentos adquiridos sobre as pessoas idosas geralmente acontecem na disciplina de prótese dentária, ou seja, quando há a necessidade de reabilitação das perdas dentárias, o que acontece normalmente nessa faixa etária em função da baixa cobertura odontológica na história da odontologia.

Francisco et al. (2014) confirmaram que é um equívoco que a abordagem do idoso se dê apenas na prótese, e que esta se dá pela alta incidência de tratamento protético reabilitador observado nas pessoas idosas. Mas salientam que Odontogeriatrics não é apenas prótese.

O ensino de Odontogeriatrics é recente e está em fase de implantação em muitas escolas de odontologia e todos os profissionais devem estar preparados para atender as pessoas idosas, não apenas os cirurgiões-dentistas. É importante conhecer as alterações fisiológicas e patológicas que acometem a pessoa idosa, além dos aspectos biopsicossociais que o envolvem, sempre pautados na ética (ROSA et al., 2008; FRANCISCO et al., 2014).

Apesar de modo geral os profissionais afirmarem que o conteúdo de saúde da pessoa idosa, enquanto graduação é limitado, muitos durante a faculdade procuraram se aproximar do tema, seja por pesquisas que foram desenvolvidas ou por interesses particulares.

*A minha pesquisa durante a faculdade, era a respeito da mensuração da dor em pessoas idosas. Em virtude dessa pesquisa eu tive uma proximidade com as pessoas idosas, pois fui eu mesma quem realizei as entrevistas [...], não por conta de uma oferta da universidade a respeito do tema, mas sim por um interesse particular de uma pesquisa. (E1)*

*[...] durante a faculdade minha primeira atividade de pesquisa foi com qualidade de vida da pessoa idosa, (risos) [...] Porque era um assunto que me interessava, quando eu entrei pra enfermagem boa parte do que me motivou foi um pouco pra cuidar dos meus avós, dos meus pais. Então, entender saúde da pessoa idosa pra mim era essencial. (E12)*

Isso nos remete à importância que atividades de pesquisa representam na formação dos acadêmicos, na busca por mais conhecimentos sobre determinados conteúdos, o que os ajuda na obtenção de uma formação mais completa possível.

Em relação à busca por atividades de pesquisa durante a graduação, Pedro Demo, em seu livro *Educar pela Pesquisa* (1997) enfatiza que:

A pesquisa inclui sempre a percepção emancipatória do sujeito que busca fazer e fazer-se oportunidade, à medida que começa e se reconstitui pelo questionamento sistemático da realidade, incluindo a prática como componente necessário da teoria e vice-versa, englobando a ética dos fins e valores (DEMO, 1997, p. 8).

Nesse contexto vemos que além de contribuir para a formação enquanto profissional, a pesquisa diz muito também para a formação enquanto pessoa, uma vez que propicia a construção de valores éticos, além de tornar os indivíduos mais autônomos. Infelizmente, poucos graduandos tem o interesse em participar de pesquisas, por desconhecimento ou porque as instituições não oferecem. Diante dessa realidade, cabe às universidades investirem em atividades de pesquisa e extensão, para assim aproximar mais seus alunos dos diferentes cenários de prática. É interessante observar que alguns entrevistados citaram a importância dos professores, pelo despertar do interesse em pesquisas, além do interesse em temas específicos, mostrando a influência que os docentes representam na formação dos alunos.

Santos (2013) afirma, em seu trabalho, que o docente tem a capacidade de despertar em seus discentes sentimentos que os levam a tê-lo como referência e exemplo a ser seguido. Isso pode ser despertado em vários momentos e situações. Seja na educação infantil ou superior, seja através de experiências boas ou não. A aproximação de determinados assuntos e experiências podem determinar a busca por mais conhecimentos após a graduação.

#### 6.1.2 Pouca procura e oferta de especializações em Saúde da Pessoa Idosa

Iniciamos nossa discussão sobre esse núcleo de sentido, reforçando que em relação à formação na pós-graduação, identificamos que a maioria dos profissionais ainda não cursou nenhuma especialização, e que apenas duas profissionais relataram especialização em saúde pública. Isso pode estar relacionado ao fato de que vários profissionais eram recém- formados.

*Eu tenho especialização em Saúde Pública, foi a primeira que eu fiz, porque assim que eu formei já fui trabalhar na ESF. Então eu vi a necessidade de fazer a pós [...]. (E5)*

*Eu fiz Saúde Pública, com ênfase em saúde da família [...]. (CD3)*

Esse fato não assumiu tanta relevância pelo fato de que para atuar na AB basta ser generalista. O plano de cargos e salários em vigor no município pesquisado estabelece incentivo à titularidade, o que pode representar um incentivo maior na busca por especializações.

Os médicos paralelamente ao serviço cursavam a especialização em Atenção Básica do PROVAB. Assim, aproveitamos para verificar como o tema saúde da pessoa idosa foi trabalhado dentro dessa especialização.

Notamos certa heterogeneidade entre os entrevistados, quanto à forma como o tema foi trabalhado e como foi apreendido pelos profissionais, pois alguns apontaram que foi abordado dentro de um módulo, outros que foi durante discussões em fóruns. Um afirmou que foi no começo do curso, outro que foi ao final do mesmo, apesar de todos citarem a existência da temática.

*Sim, já tivemos saúde da pessoa idosa, na especialização do PROVAB, e foi apenas teoria. Mas acaba caindo essas coisas, esses princípios de atendimento do (SUS), como fazer, como atender a pessoa idosa, linhas de cuidado. Mesmo a pessoa idosa indo para referência e especialidade, você continua acompanhando ele aqui na unidade, dando um atendimento integral para ele aqui [...] mais é tudo teórico. A prática acaba que sendo, cada um por si. (M1)*

*Vi bastante, coisa assim, é por que eles fazem vários fóruns [...] e o anterior foi de saúde da pessoa idosa. (M7)*

*É dentro do PROVAB [...] mas eu não estou lembrado, pode ser teve saúde do idoso sim, mas eu não estou lembrado especificamente de uma tarefa [...] (M8).*

A contradição também está presente na afirmação de que a temática era opcional para uns e obrigatória para outros.

*A disciplina de Saúde da pessoa idosa se fez optativa no PROVAB durante a formação dos módulos, durante o curso, não teve nada específico, ela veio optativa. (M3)*

*Teve um módulo do PROVAB que era saúde da pessoa idosa. Fez parte da grade mesmo. (M4)*

*É teve [...] uma parte relacionada à pessoa idosa sim. É um módulo obrigatório eu não lembro direitinho quando que foi. Mas foi abordado esse tema, mas foi abordado. (M6)*

Enfim, podemos observar que o tema não foi tão relevante quanto deveria, ou porque não foi adequadamente valorizado pelo profissional, visto que é um curso EAD e depende muito do interesse individual, ou porque não houve estímulo suficiente para que o profissional pesquisasse mais a respeito.

*[...] Aí sempre tinha bastante comentário, só que não era muito produtivo não. Nesses fóruns, tinha um povo que copiava e colava as coisas da internet. Era uma coisa meio falsa. (M7)*

*[...] mas assim... o grande enfoque não era a saúde da pessoa idosa não. (M3)*

Cabe aqui apontar o que é estabelecido, pelo Ministério da Saúde, para a especialização do PROVAB.

O Curso de Especialização, oferecido pela Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS, tem foco na AB e é uma estratégia para a qualificação da Atenção Básica em Saúde, com incorporação de conteúdos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ<sup>6</sup>) e do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). O curso tem duração de 12 meses, prevê aos profissionais participantes 32h de atividades práticas, nas unidades básicas de saúde e na gestão da atenção básica, e 8h em atividades acadêmicas à distância por semana (UNA-SUS, 2015).

Os conteúdos de acordo com o estabelecido pelo PMAQ-AB são baseados em: Saúde da Criança, Saúde de Adolescentes, Saúde de Mulheres e Homens Adultos, Saúde da Pessoa Idosa, Vigilância à Saúde II, Doenças Transmissíveis, Vigilância à Saúde III, Agravos com Prevalência Regionalizada (UNA-SUS, 2015).

Na prática a forma de apropriação dos conteúdos é diferenciada de um indivíduo para outro, porque depende do interesse, da afinidade, dos instrumentos utilizados para a busca dos conhecimentos. Assim, a modalidade EAD, utilizada como

---

<sup>6</sup> PMAQ-AB (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica): É um programa do Ministério da Saúde que tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica.

estratégia na especialização do PROVAB, pode ser um dificultador para os profissionais se aproximarem dos conteúdos.

Guimarães, Martin e Rabelo (2010) afirmam que o ensinar e aprender à distância são atividades que requerem dedicação e responsabilidade, desafiando aluno e professor a modificarem seus papéis. Cabe ao aluno ter iniciativa, motivação e disciplina. Ao professor cabe o papel de consultor, colaborador e facilitador do aprendizado. Notamos que há uma controvérsia no que nos diz a literatura com o que verificamos na prática, o que aponta para a necessidade de reorientação das estratégias, desde a forma de oferecer a especialização até a forma de responsabilizar os profissionais na execução da pós-graduação e os benefícios que os conteúdos trarão para a prática profissional.

Em relação às especializações voltadas para o envelhecimento, não foi mencionado especializações em gerontologia. Os profissionais apontaram as especializações que existem, dentro de suas áreas, a Odontogeriatrics e a Enfermagem Geriátrica. Porém, os entrevistados apontaram que especializações nessa área não são frequentes nesta região.

*[...] existe enfermagem em geriatria, no entanto em Goiânia não tem, né? Tem em São Paulo. [...]. (E5)*

*Tem Odontogeriatrics, uma especialização para odonto em saúde da pessoa idosa. Assim... não é muito divulgado, né? Tanto é que eu não conheço especialista nessa área. (CD2)*

Alguns profissionais afirmaram ainda que há pouca oferta de especializações e algumas nem existem em nossa região, pelo fato não existir procura por parte dos próprios profissionais.

*[...] nem todo profissional quer se especializar nessa área, né?(E5)*

Apesar de não ser uma realidade, de nossa região, Galera (2012), em revisão da literatura sobre formação de recursos humanos em geriatria e gerontologia, chama a atenção para a proliferação no país cursos de pós-graduação em geriatria e gerontologia, porém sem as mínimas condições de funcionamento. Muitos desses cursos sob coordenação e/ou com professores que não tem formação, nem vivência na área do envelhecimento. Aponta ainda que os profissionais formados nessas

instituições, sem qualidade, representam outro problema ainda maior, pois têm o título, mas não têm competência para atuar na área.

Entre os cirurgiões-dentistas há a afirmação de que não há interesse em se especializar na Odontogeriatrics, visto que, alguns tratamentos passíveis de se realizar para a pessoa idosa já são abordados na graduação e outras pós-graduações.

*[...] aqui em Goiás mesmo eu não fiquei sabendo de nenhum lugar que tenha, nem profissional que tenha o interesse, né? Por que Odontogeriatrics acaba que engloba prótese, coisas que a gente já vê, porque é o básico, tem que saber (risos). (CD3)*

O fato de muitos desses procedimentos odontológicos, como próteses, tratamentos de periodontites severas, câncer bucal, implantes, não serem realizados na AB, e sim, na atenção especializada realizadas nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) pode ser um fator limitante para o interesse dos cirurgiões-dentistas em se especializar.

*[...] não que demanda não tenha, na verdade não dá pra atender a demanda para o atendimento que tem, e eu acho que a prótese é uma das filas maiores, ou a endo, (se referindo aos CEOs) [...] não oferece no serviço público todos os tipos (de próteses), né? (CD 4)*

Merece destaque o fato do profissional não perceber que a pessoa idosa é um potencial paciente, não apenas para tratamento, como alguns profissionais elencaram. Também é preocupante essa visão compartimentalizada e curativista do saber biomédico, visto que, a integralidade da atenção à pessoa idosa envolve muito mais que apenas reabilitações.

*[...] eu acho que a procura não é tão grande por que não é toda pessoa idosa que procura o dentista. Então acaba que a classe é voltada mais para a procura, o que reverte um pouco mais financeiramente... mas, toda a profissão é assim. (CD9)*

Pensando-se em atenção primária, devemos dar ênfase às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Isso vale tanto para a equipe, como para os profissionais individualmente e a PNAB elenca as atribuições de cada profissional que compõe as ESF. Em especial, espera-se do cirurgião-dentista a ampliação de ações e que o profissional possa:

“Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade” (BRASIL, 2011, p. 50).

Essa é apenas uma atribuição, entre outras, que aponta a necessidade de os profissionais não enxergarem os indivíduos apenas quando adoecem ou apenas um dia. Em especial, para o cuidado à pessoa idosa não devemos focar apenas no biológico, devemos focar também na cultura, no social, em vários aspectos para superar as dificuldades. São aspectos a serem investigados em estudos futuros para confirmar a baixa procura por procedimentos odontológicos entre pessoas idosas.

Uma verdade é que procedimentos de próteses, implantes e outros, mais utilizados pelas pessoas idosas, são procedimentos onerosos, não disponíveis na AB e, portanto, de pouco acesso. Outro aspecto é que, a população adulta só teve acesso ao cirurgião-dentista após sua inserção na atenção básica, portanto, muito recentemente.

Essa mesma afirmação não pode ser feita para outras áreas como a enfermagem e até mesmo a medicina. Santos (2006) enfatiza que há um futuro promissor para o enfermeiro que enveredar-se pela área gerontogeriatrica, desde que promova o bem-estar das pessoas idosas, bem como de sua família, procurando trabalhar com uma abordagem multiprofissional e que domine diferentes disciplinas. Realidade igual para a geriatria, em que os médicos geriatras estão cada vez mais valorizados.

Precisamos estar atentos para o fato de as especializações contemplarem, em sua maioria apenas educação continuada, representando uma continuidade do modelo acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos, o que pode produzir uma distância entre esses saberes e a prática, em especial na AB (BRASIL, 2009).

### 6.1.3 Educação continuada e permanente em saúde: ausentes do cotidiano do serviço

Esse núcleo de sentido faz referência à ausência de atividades relacionadas à educação continuada e Educação Permanente em Saúde (EPS) para os profissionais da ESF sobre a pessoa idosa, ou seja, buscamos compreender como a formação dos indivíduos acontecia na prática do serviço.

Os profissionais relataram que há poucas ações envolvendo a temática e enfatizaram que sentem falta de atividades abrangendo não apenas a saúde, mas envolvendo outros temas que auxiliem no cuidado à pessoa idosa.

*Então o que eu julgo que falta é uma pouca de capacitação [...] para lidar de uma maneira específica com esse público, eu acho que nós profissionais da área não estamos preparados como um todo. (E1)*

*Esclarecer pra gente o que o Estatuto envolve [...] abordar mais ele, para a gente até saber como cobrar da família [...] até para saber como orientar ele também. (E2)*

Nas falas podemos verificar que os profissionais, apesar de admitirem a necessidade de formação, fazem referência à educação continuada, e não à EPS, apesar de citarem a importância da mesma.

*O que seria prioridade seria a educação permanente nessa área (SAÚDE DO IDOSO) [...]. (E7).*

A gestão precisa investir mais na formação de seus profissionais, não apenas especificamente no tema saúde da pessoa idosa, mas investir também em formação sobre EPS para que esta se torne uma ferramenta de transformação na organização do trabalho.

O trabalhador dos serviços de saúde convive, frequentemente, com práticas educativas, como capacitações, reuniões e cursos, porém estas, em geral, utilizam uma metodologia que, dificilmente, envolve toda a equipe de trabalho, sendo fragmentada e verticalizada, caracterizando-se como Educação Continuada, cujo caráter é pontual e individualizado (BIZ; MAIA, 2007; CUNHA et al., 2014).

Verificamos que os profissionais desconhecem as diferenças entre educação continuada e EPS. Isso pode ser um limitador para a capacitação de tais profissionais, tendo em vista que muitas vezes ficam esperando pela oferta de cursos, palestras, que são importantes e devem ser oferecidos, porém não proporcionam a possibilidade de mudanças como a EPS proporciona às equipes, pois permite identificar quais problemas vivenciam em suas unidades e propor ações de enfrentamento.

É imprescindível compreender que nem todas as capacitações têm características de EPS, pois, mesmo que tenham nuances de melhoria do

desenvolvimento do trabalhador, podem não expor uma estratégia de mudança institucional (CUNHA et al., 2014).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) tem a finalidade de aprofundar os conhecimentos do trabalhador, bem como instrumentalizá-lo para enfrentar os problemas do seu cotidiano de trabalho (BRASIL, 2009).

Apesar de pouco investimento por parte da gestão em saúde, em ações tanto de educação continuada e permanente, alguns profissionais apontam o quanto crescem com as práticas do dia a dia do serviço, com o contato com a população, não apenas a idosa, mas todos que compõe a AB.

*A gente é um eterno aprendiz, não é? [...] vou aprendendo até com os próprios pacientes, com a vivência, a experiência do outro [...] profissional nenhum tem erro? Tem! Mas vai tentando concertar. (M5)*

Podemos afirmar, de acordo com as falas, subsidiadas pela literatura, que o cotidiano da prática profissional é capaz de qualificar os indivíduos, pois agrega a vivência de situações ao processo de envelhecimento, o que possibilita o questionamento de práticas sociais e a instrumentalização para o conhecer e o agir, além de despertar para o aprofundamento de temas que são demandados pelo serviço (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

## 6.2 PESSOA IDOSA: QUEM É ELA E O QUE ELA DESPERTA NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Essa categoria é composta por três núcleos de sentido: Sentimentos/percepções evidenciados no processo de cuidar dos idosos; e situações vivenciadas no serviço em relação à pessoa idosa e aproximação à temática saúde da pessoa idosa por meio de experiências pessoais. Tais núcleos expressam a maneira como os profissionais percebem os idosos.

Identificamos que para os profissionais, o lidar com a pessoa idosa requer muito mais do que apenas conhecimento. As entrevistas revelaram, principalmente, os sentimentos envolvidos que surgem desse contato e como os profissionais lidam com diferentes situações na ESF que envolvem as pessoas idosas, desvelando muitos aspectos pessoais, especialmente adquiridos cultural ou socialmente.

### 6.2.1 Sentimentos/ percepções evidenciados no processo de cuidar dos idosos

Foi comum identificarmos nas falas afinidade com as pessoas idosas.

*[...] eu sempre tive, uma afinidade maior com essa área, eu gosto de trabalhar com pessoas idosas, [...] me chama mais a atenção, do que os demais. Eu pessoalmente gosto muito [...] eu tenho mais afinidade. (E4)*

*Eu gosto mais de pessoa idosa do que do público infantil, eu me identifico muito com a pessoa idosa, por causa dos meus pais. Eu tenho aptidão pela pessoa idosa, eu gosto mais dessa área [...]. (E7)*

*[...] eu gosto muito assim, eu tenho muita afinidade, né? Com a pessoa idosa, então, eu sou.... sei lá... até emociono (Olhos encheram de lágrimas) eu gosto mesmo [...] (CD3).*

Aliada a essa afinidade específica à pessoa idosa, aparece também a afinidade com a ESF, o que representa um aspecto muito relevante na atenção à saúde a qualquer usuário do território adscrito. Porém, o simples gostar e o vínculo adquirido com a comunidade não parecerem ser suficientes para manter os profissionais na ESF, especialmente os médicos. Trabalhos específicos para investigar esses aspectos são necessários.

*Gosto muito de trabalhar na atenção básica [...]. (M3)*

*[...] se eu falo em sair, eu sinto saudade, tem muito paciente bom que eles criam um laço, criam vínculo, e você vê o resultado, né? (M5)*

*Ah, eu adoro! (risos). Eu adoro atender aqui no PSF! Eu gosto, se seu pudesse ficar aqui pro resto da minha vida eu ficava!!!(risos). (M7)*

Sentimentos contrários à afinidade também foram observados. Alguns profissionais revelaram que não gostam de trabalhar com a pessoa idosa. Isso fica bem evidente nas falas que se seguem e vai na contramão do profissional generalista, que é requisitado para trabalhar na ESF.

*Eu não gosto de trabalhar com a saúde da pessoa idosa, porque eu acho muito difícil. (E5)*

*Olha, é...vou ser bem sincera: eu não gosto, de todos os pacientes, os pacientes que eu menos gosto de mexer é a pessoa idosa [...]. (E6)*

*Não, não gosto muito de trabalhar com a pessoa idosa não (RISOS). (E11)*

Muitas habilidades e competências são exigidas dos profissionais que trabalham na ESF e que nem sempre os profissionais estão preparados para exercer essas funções. Dentre estas estão: definição precisa do território; diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde; prática do cuidado familiar ampliado; trabalho interdisciplinar e em equipe; promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais; valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança; promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social; acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas (JUNQUEIRA, 2015).

O não gostar é muito pessoal e não profissional. Portanto, isso não pode refletir na qualidade da atenção realizada. Os profissionais precisam entender que velhice não é doença e sim uma etapa da vida que em alguns casos requer mais cuidados, devendo assim contribuir para a independência das pessoas idosas (COSTA; CIOSAK, 2010).

Notamos em algumas falas certo preconceito, algumas conclusões precipitadas e generalizadas sobre a pessoa idosa, principalmente em relação às suas características, à prevalência de doenças.

*[...] porque o idoso é teimoso, ele é.... ele sabe que tem que fazer, mas não faz, né? (E5)*

*[...] porque eu vejo que a pessoa idosa é muito parecida com uma criança, é como se ele se tornasse uma criança, né? (E13)*

*Ele é como se fosse uma criança... eu trato o idoso como uma criança, só que a criança o grau de saúde dela, o sistêmico dela está evoluindo e o da pessoa idosa já estacionou. (CD7)*

Nosso achado foi muito semelhante ao encontrado por Souza e Ribeiro (2013), em seu estudo sobre “prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas: experiências e impactos”, em que o preconceito, a discriminação do profissional de

saúde para com a pessoa idosa existe, porém em muitos casos é indireto, sutil e difícil de mudar, pois não são assumidas.

Os profissionais podem apresentar dificuldades em lidar com seus sentimentos, principalmente quando há situações de abandono, dependência, dificuldade de comunicação, características estas comuns entre as pessoas idosas. E para sentir-se mais confortáveis, os profissionais acabam fazendo associações que nem sempre são bem vistas, por exemplo, pessoas idosas, quando dependentes serem tratadas como crianças, em situações que tendem a infantilizá-lo, o que contribui para a desvalorização de experiências de vida que a pessoa idosa carrega (CASTRO, 2007).

Sabemos que tais colocações às vezes foram feitas de forma ingênua, mas precisamos tomar cuidado para não rotular a pessoa idosa, nem infantilizá-la como muitos profissionais fazem. Termos como vovozinho, amorzinho, entre outros, mesmo que colocados de forma carinhosa podem soar pejorativamente. Por isso temos que ter cuidado com a forma de abordá-los, para que eles não se sintam desrespeitados. É necessário exercer uma escuta qualificada, respeitando os saberes próprios da pessoa idosa.

Mesmo diante desses sentimentos, que podem gerar dificuldades, os profissionais se sentem estimulados a realizarem um bom trabalho, devido às respostas que a população dá à atenção realizada, nas conquistas que alcançam na criação de vínculo, na melhora da saúde da população sob sua responsabilidade. Esses acontecimentos são essenciais para estimular os profissionais a continuarem seu trabalho.

*Quando você vê que foi produtivo, ali... uma orientação que você fez que surtiu efeito, fez uma diferença, sabe? É muito bom! (risos). (E14)*

*É uma burocracia muito grande, mas assim é bom ver a transformação do lugar sabe? As pessoas elogiando o serviço. (M3)*

Os profissionais apresentaram em suas falas um tom de expectativa em relação ao desenvolvimento da pesquisa, assim como expectativa em relação às suas ações, que esperam alcançar cada vez mais pessoas. As falas a seguir trazem em seu contexto exemplos de como os profissionais esperam que as coisas venham mudar para melhor na AB do município e no cuidado à pessoa idosa.

*Espero que com essa pesquisa... quando sair os resultados vocês mostrem lá e eles deem esse espaço para a gente. (E6)*

*Mas eu acho que aqui as coisas estão caminhando pra melhorar, né? A gente tem visto também muitas pessoas é... estudando pra se tornar um cuidador de pessoas idosas [...] imagino que daqui uns anos, uns 10 anos a gente não vai ter tanto problema com pessoa idosa abandonada, e assim sem cuidados, principalmente. (E12)*

Essas últimas falas estimulam a responsabilidade enquanto pesquisadores de dar um retorno aos profissionais e cria a expectativa de, diante dos resultados, propor intervenções que venham ao encontro dos anseios dos mesmos, além da reorganização do serviço.

#### 6.2.2 Situações vivenciadas no serviço em relação à pessoa idosa

Esse núcleo de sentido nos aponta as diferentes situações nas quais o profissional de saúde é estimulado a desenvolver mecanismos para atender a pessoa idosa, ou seja, diante de determinadas situações o profissional acaba deixando transparecer sentimentos não tão positivos, mas que poderão facilitar e resolver algumas questões.

Chamamos a atenção para a “paciência”, muito citada nas falas dos profissionais, e que acreditamos ser uma estratégia encontrada pelos profissionais para encararem algumas situações, por exemplo, as dificuldades que algumas pessoas idosas têm em ouvirem ou entenderem o que o profissional está orientando e até mesmo a própria falta de paciência do profissional em relação ao trabalho realizado.

*Assim se eu fosse definir mesmo, seria paciência! Porque é o que a pessoa idosa exige. (CD2)*

*O que o profissional precisa ter para atender um idoso? Eu acho que primeiramente ter paciência, tá? (E7)*

*Eu acho assim, mesmo que o profissional não goste, se ele tentar ter um pouco de paciência e um pouco de abertura para aquela pessoa idosa, eu acho que acaba fluindo. (E4)*

Paralelamente à paciência, o profissional considera que a pessoa idosa tem dificuldade em “aprender” o que o mesmo ensina, que deve então pensar a longo prazo, principalmente com a repetição das informações, acreditando que saúde se faz principalmente com mudança de comportamento.

*Precisa ter paciência, né? Ter paciência, porque igual a gente que trabalha com saúde pública, você trabalha com longo prazo, você vai ensinar, você repete. (E13)*

Aliada à paciência, os profissionais reconhecem a necessidade da pessoa idosa ser ouvida, embora esse seja um princípio da atenção à saúde e um dos requisitos da humanização. E mais do que simplesmente ouvir, esta escuta deve ser qualificada.

*Mas eu acho que o principal é você ter paciência também para falar com as pessoas, para ouvir principalmente, porque a pessoa idosa ele precisa ser ouvido. (CD3)*

*É...acho que o principal é a paciência porque o idoso gosta de falar, gosta de mostrar os problemas dele e eu acho que ele é muito carente e só do médico ouvir, ou outro profissional ouvi-lo, ele já sai até melhor, mais aliviado. (M6)*

É possível que os profissionais acreditem que a paciência é fundamental para o atendimento à pessoa idosa devido à sobrecarga de trabalho e até mesmo às experiências que tem com outros idosos de seu convívio familiar e social. Além disso, fica evidente nas falas, que os profissionais acreditam que só o fato de ouvir as pessoas idosas, de dar atenção, já faz bem ao indivíduo.

A paciência também foi uma característica salientada pelos profissionais no estudo de Motta; Aguiar e Caldas (2011), que avaliou a experiência de três ESF, de diferentes municípios brasileiros, frente a atenção à pessoa idosa. Tais pesquisadores afirmaram que no contexto das atividades da ESF, ter paciência é fundamental e está associada a diferentes fatores. Porém, os mesmos autores afirmam que tal característica pode gerar certo grau de banalização da atenção à pessoa idosa. Como se apenas essa atitude fosse suficiente, sobrepondo o conhecimento e o desenvolvimento das habilidades específicas.

Sabemos que ter paciência é importante sim, e que os profissionais precisam dispor dessa característica diante de tantas intercorrências que vivenciam e devem

tomar cuidado para que tal característica de fato não venha sobrepor aos seus conhecimentos e à qualidade dos serviços realizados.

A busca por conhecimentos deve ser uma situação vivenciada pelos profissionais, principalmente em relação à pessoa idosa. Para que essa atenção seja de fato efetivada, o conhecimento é essencial. Conhecimentos sobre as pessoas idosas de sua área adscrita, conhecimentos sobre as doenças que são mais frequentes nas pessoas idosas, conhecimentos sobre o SUS e principalmente sobre a promoção de saúde, para assim os profissionais oferecerem um serviço de qualidade na ESF.

As falas que se seguem mostram o que alguns profissionais dizem sobre conhecimento/formação.

*Primeiro é formação, que quando você tem a formação, já tá com aquele conteúdo, mesmo que você não tenha a prática, você já tem um pouco a teoria. Na hora que você chega na prática, você pelo menos sabe o caminho que tem que seguir, né? (E8)*

No estudo de Motta, Aguiar e Caldas (2011), estes verificaram que os profissionais de nível superior também apontaram o conhecimento como fundamental para o cuidado da pessoa idosa, uma vez que cabe a eles, em última instância, garantir a resolutividade sobre as demandas que acontecem em suas áreas adscritas. Assim, precisam ter conhecimentos para enfrentarem diferentes situações.

Há entendimento, por alguns profissionais, de que a pessoa idosa pode apresentar doenças crônicas. E que às vezes estas podem evoluir com sequelas ou contribuir para o surgimento de outras doenças agudas e severas, sendo essencial conhecer as patologias para poder orientar os indivíduos.

*[...] até mesmo as patologias do envelhecer, pra poder tá orientando o paciente para o melhor, não é só reabilitação, né? [...]* (E5)

Tais falas evidenciam o quanto é fundamental os profissionais terem conhecimento sobre as diferentes patologias que acometem as pessoas idosas e suas complicações, haja vista que isto influencia a adoção de condutas apropriadas.

Motta e Aguiar (2007) enfatizam que a população idosa apresenta alterações fisiológicas e patológicas que podem gerar dependência. Tais características requerem dos profissionais maior aprofundamento sobre alguns conceitos

(prevenção, cuidados paliativos, suporte e apoio social). Além de conceitos específicos de gerontologia e geriatria, como: síndromes geriátricas, reabilitação, fragilidades, independência e autonomia. São conhecimentos amplos, que nem sempre são vistos na graduação, mas que são fundamentais para a atenção à pessoa idosa.

*[...] Na imobilidade, ele apresenta quadro depressivo, começa a ter mais doenças, como pneumonia, essas coisas... então tem que estar atento o tempo inteiro. (M2)*

Um aspecto positivo que emergiu das falas é que a abordagem à pessoa idosa deve envolver o contexto familiar e social em que ela está inserida.

*E como esse processo de saúde e doença dela está inserida na vida dela, no ambiente social dela, [...] como ela convive com a família dela.... Você tem que ter uma abordagem familiar. (M1)*

Essas são características que Costa e Ciosak (2010) apontam como fundamentais entre as ações desenvolvidas na ESF: entender a pessoa idosa em seu contexto familiar, bem como seu espaço social, como já apontado na fala do entrevistado da ESF.

O conhecimento sobre as pessoas idosas de suas áreas adstritas é visualizado como fundamental pelos profissionais:

*A gente tem a obrigação de estar conhecendo o idoso [...] quais são as dificuldades, o que ele está precisando... (E7)*

*[...] então acho que é importante conhecer as pessoas idosas, eu sei quem tem filho problemático, quem tem uma vida tranquila, quem sofre em casa. E a gente que trabalha no PSF a gente vê de tudo [...]. (CD3)*

*[...] por que a pessoa que vem trabalhar aqui na unidade básica de saúde, tem que primeiro conhecer as pessoas, os idosos, tem que saber lidar com eles, porque tem gente de tudo quanto é tipo. (M3)*

Juntamente com o conhecimento sobre as pessoas idosas de suas áreas adstritas, abordamos outra questão colocada pelos profissionais como importante para o atendimento essas pessoas: adaptação. Essa adaptação diz respeito à forma como o profissional se adapta a realidade encontrada em sua área de trabalho.

*A gente precisa se adaptar à realidade da região, e de cada paciente que a gente atende, inclusive da pessoa idosa [...] Tem pessoas que tem habilidades para trabalhar com esse público, mas eu acho que essas habilidades podem ser desenvolvidas, adaptadas. (E1)*

Essa adaptação por vezes acaba por requerer alternativas criativas para proporcionar a adesão dos idosos ao uso de medicamentos, por exemplo, favorecendo o uso correto dos medicamentos prescritos.

*[...] então pega uma caneta e desenha atrás um solzinho, esse aqui que você tem que tomar de manhã, a luazinha à noite. (E6)*

A adaptação na forma do cuidado à pessoa idosa é essencial, pois para cada faixa etária identificamos condutas diferenciadas na forma de acolher o indivíduo.

*Um atendimento mais adaptado pra pessoa idosa [...] né? Você tem um jeito de tratar uma criança, você também tem um jeito de tratar o idoso [...]. (CD9)*

*Um atendimento centrado na pessoa, onde você escuta dela mais do que fala para ela. Quando você a escuta, você aprende e entende sobre o processo de saúde e doença dela. (M1)*

Verificamos por meio dessa categoria que alguns profissionais se sentem responsáveis e sensibilizados em cuidar bem das pessoas idosas de suas áreas. Isso fica evidente em todas as falas e influencia diretamente na qualidade do serviço realizado, uma vez que o profissional se responsabiliza pelos indivíduos.

Podemos verificar a partir de nossas experiências práticas na ESF que quando o profissional conhece de fato a população pela qual é responsável, seu trabalho é facilitado, especialmente quando existe vínculo. Quando o profissional se adapta às necessidades do serviço, tem uma relação harmoniosa com a equipe e principalmente a população, este é capaz de utilizar todos os recursos disponíveis para realizar o cuidado de forma holística, pois é capaz de ver o indivíduo em seu total e perceber as interferências em sua vida de tudo que o cerca.

### 6.2.3 Aproximação à temática de saúde da pessoa idosa por meio de experiências pessoais

Ainda em relação à formação dos profissionais que atuam na AB do município pesquisado, observamos que esta também aconteceu por meio de experiências pessoais, como a vivência na docência e a atuação como cuidadores (formal ou familiar) de pessoas idosas, o que contribuiu imensamente com o desenvolvimento das atividades profissionais e que são reflexo de suas aptidões para com a pessoa idosa. As falas a seguir referem-se a experiências profissionais com idosos em diferentes contextos e situações.

*Depois que eu formei eu tive uma experiência, que eu fui cuidadora de uma pessoa idosa de 95 anos e isso me deu uma bagagem maior. Eu acho que a minha experiência como cuidadora de pessoa idosa me deu uma bagagem maior para até mesmo no olhar, vamos dizer assim, olhar a pessoa idosa com outros olhos, né? [...] E quando eu cheguei aqui na Estratégia Saúde da Família, foi muito tranquilo, entendeu? (E2)*

*Até na faculdade eu já dei aula assim de Geriatria e Gerontologia, durante três anos [...]. (E5)*

*Mas antes eu estava no ambulatório do hiperdia. Lá sim, a gente trabalhava muito com a pessoa idosa [...] eu atendia mais, só pessoa idosa praticamente. (E10)*

A experiência anterior pode ser uma fonte de estímulo para futuros trabalhos. Ou seja, a aprendizagem em diferentes serviços se torna significativa para o profissional, pois a rotina dos serviços exige que o profissional se adeque à realidade que vivencia e aos indivíduos e o coloca em situações diversas que exigem posturas proativas. Nesse contexto o lidar com as pessoas idosas contribui para a melhoria das ações realizadas na ESF, já que a pessoa idosa é um dos que mais requerem cuidados e atenção.

*Eu sempre lidei com a população mais humilde desde a faculdade e em outros trabalhos, porque eu sou técnico de enfermagem também [...] eu gosto de trabalhar na ESF, lidar com pessoas idosas, quero fazer um bom trabalho. (E7)*

*Eu acho que é uma construção, a gente vai vivendo no dia a dia, [...] Acho que nenhum profissional vai chegar a estar totalmente preparado, cada dia você vai vivendo uma coisa e aprendendo. Não tem uma receitinha de bolo pronta. (E3)*

Diante das falas, afirmamos que a formação não acontece somente enquanto graduação, acontece no dia a dia, com acúmulo de vivências e experiências

contribuindo imensamente para a formação profissional e pessoal. Além disso, os sentimentos suscitados nos profissionais pelos idosos é o que determina se os trabalhos terão êxito ou não, ou seja, se existe vontade, prazer, a rotina é mais prazerosa e os resultados são mais positivos, com aproximação.

A educação que se dá no ambiente de trabalho é de grande relevância, mas não se pode esquecer que, assim como na proposta da educação permanente em saúde, ela deve ser subsidiada por embasamentos teóricos relevantes para sua atuação.

### 6.3 ATENÇÃO À PESSOA IDOSA: DA CONCEPÇÃO AMPLIADA À PRÁTICA FRAGMENTADA

Os núcleos de sentido que compõe essa categoria são: Ações pró-saúde da pessoa idosa fragmentadas, com distanciamento da integralidade e atenção dificultada pela organização dos serviços. Tais núcleos foram baseados nas ações relatadas pelos profissionais na ESF.

#### 6.3.1 Ações pró-saúde da pessoa idosa fragmentadas, com distanciamento da integralidade

Essa categoria tem relação com a forma que os profissionais realizam a atenção à pessoa idosa, principalmente seu atendimento, uma vez que é reflexo da formação. Na maioria das falas houve na verdade uma descrição do que é feito com a pessoa idosa, desde sua chegada à unidade. Observa-se que são práticas fragmentadas, muitas vezes realizadas separadamente por cada categoria profissional, distanciando-se da concepção ampliada de saúde na atenção a pessoa idosa e da integralidade. Motta e Aguiar (2007), discutindo as competências necessárias para os profissionais de saúde frente ao processo de envelhecimento e as especificidades da atenção à saúde do idoso, afirmaram que os profissionais, principalmente os recém-egressos das faculdades, não dispõem de competências mínimas para a operacionalização da concepção ampliada de saúde na atenção ao

idoso, o que implicaria, entre outros fatores, na identificação precoce de fragilidades, utilização de medidas preventivas e de suporte, e na prática do trabalho em equipe. Tal afirmação deve-se ao fato da escassez de conteúdos durante a graduação e pós-graduação.

As ações descritas pelos profissionais, da presente pesquisa, são de extrema importância e devem conversar mais entre si para que de fato a integralidade do atendimento seja alcançada por toda a equipe.

Nas falas identificamos que o acolhimento é o primeiro contato do profissional com a pessoa idosa e é importante este ser bem realizado para que o idoso possa confiar no profissional e se sentir bem na unidade de saúde.

*Só de você ser receptivo com ele quando ele chega, já ganha ele e dá pra transcorrer o trabalho com ele de uma maneira muito mais tranquila. (E3)*

*[...] então a gente sempre, principalmente da pessoa idosa especificamente, a gente procura acolher ele, [...] a gente procura ouvir, né? (E13)*

No acolhimento à pessoa idosa todos os profissionais devem compreender as questões do processo de envelhecimento, facilitar o acesso das pessoas idosas aos diversos níveis de atenção e estabelecer uma relação respeitosa com as mesmas como, por exemplo: chamá-lo pelo nome, considerar que ele é capaz de compreender as perguntas e as orientações que lhe são atribuídas e se dirigir a ele utilizando-se de uma linguagem clara. Além disso, para a efetivação da assistência humanizada, os profissionais devem planejar e programar ações, buscando sempre a autonomia dos indivíduos (BRASIL, 2004; SILVA, 2008).

E, novamente o cuidado humanizado, por meio do acolhimento, é abordado de forma ampla, deixando claro que este deve existir por parte de todos os profissionais que atuam na AB, mesmo que não seja diretamente pelo profissional de saúde.

*E isso vai de toda a equipe, não adianta só eu atender, a enfermeira, se o guarda lá fora for ríspido com ele, ele já vai ter uma recusa [...] Todo mundo deve estar capacitado para trabalhar com a pessoa idosa. (M1)*

A ESF favorece mudanças nos processo de trabalho no que se refere ao acolhimento. Essa afirmação pode ser devido ao fato da relação dos usuários e profissionais envolver também os problemas e as necessidades da população, indo

além apenas do tratar bem. Araújo; Barbosa (2010) concluíram, após pesquisa que tinha como objetivo discutir a relação dos profissionais de saúde da família com os idosos, que a comunicação entre ambos é boa, compromissada e humanizada, mas ainda baseada no modelo biomédico. Afirmaram ainda que:

*A relação do profissional de saúde e idoso se coloca ainda como um desafio para a resolatividade da atenção básica e indica a necessidade de conscientização de gestores para qualificação profissional na perspectiva de associar o trabalho em saúde por uma sociedade mais justa e igualitária, superando o modelo de atenção tradicional (p. 819).*

O atendimento multiprofissional é um dos princípios básicos da ESF, por meio do trabalho em equipe, com objetivo de ser resolutivo. Tal característica é apontada pelos profissionais como importantes e essa relevância aparece desde o reconhecimento do papel do agente comunitário de saúde (ACS) no cuidado direto à pessoa idosa, como na essencial comunicação entre todos profissionais que compõem a equipe.

*[...] muitas vezes a gente baseia muito no que o agente de saúde relata, né? Que é o que mais tem contato com essa população, que tá dentro da casa do paciente. (E3)*

*A médica atende no consultório dela, faz a consulta médica e fala para o idoso: oh vai lá pra conversar com o enfermeiro, que o enfermeiro vai te passar algumas dicas, algumas informações. (E12)*

Os ACS são os profissionais que fazem a mediação com a comunidade, e seu trabalho permite a identificação precoce de agravos, além de identificar também os riscos aos quais as pessoas idosas estão expostas (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011). Mas para que de fato isso aconteça, deve-se haver um diálogo constante com os demais membros da equipe, para que as informações repassadas pelos ACS contribuam para o estabelecimento precoce de ações visando o bem-estar dos idosos e prevenção de fragilidades.

Outros profissionais citados como fundamentais para o atendimento multiprofissional são os profissionais do NASF.

*Uma vez ao mês nós temos uma reunião junto com a comunidade...ou eu, ou a outra médica participa junto com a equipe de enfermagem, às vezes fisioterapeuta, a terapeuta ocupacional, dentistas... (M1)*

*[...] então, se ele tem uma alimentação pesada em sal, gorduras, frituras, eu vou dar uma orientação nisso aí e a gente pode contar aqui com a nutricionista do NASF. Então eu encaminho e ela me ajuda demais. (M4)*

A importância do atendimento multiprofissional é evidenciada por Kletemberg e Padilha (2011) que afirmam que a operacionalização da atenção à pessoa idosa requer a análise multiprofissional dos problemas e a integração dos conhecimentos específicos de áreas diversas, com o objetivo comum de promover e manter a saúde. Enfatizam ainda que o exercício de partilhar saberes e práticas na área da saúde possibilita a autonomia das profissões envolvidas e isso suscita reflexões para a construção de uma prática autônoma.

Mas devemos ir além do multiprofissional e chamar a atenção para a necessidade da interdisciplinaridade, que deve acontecer. A Interdisciplinaridade se “caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto”, no caso da ESF, no mesmo serviço (VILELA; MENDES, 2003). Além disso, a interdisciplinaridade é uma questão de atitude.

*É uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano (VILELA; MENDES, 2003, p. 527).*

A interdisciplinaridade deve fazer parte do trabalho dos profissionais envolvidos na atenção às pessoas do território da ESF, incluindo a pessoa idosa, tendo em vista a multidimensionalidade do processo de envelhecimento humano, e também, torna-se importante assumí-la diante da fragmentação das especialidades. Essa interdisciplinaridade deve ser utilizada com afinco para a realização das ações de educação permanente (CACHIONI; NERI, 2004).

Em relação ao atendimento multiprofissional e interdisciplinar devemos destacar a presença do NASF nas ESF. Os NASF foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e a resolutividade das ações das equipes de ESF, bem como atuar no apoio especializado a elas. Para tanto devem realizar ações de Apoio Matricial, que é definida como a promoção de retaguarda assistencial e o suporte técnico pedagógico de profissionais especialistas às unidades de referência (BRASIL, 2008). Nas falas dos profissionais podemos perceber que os profissionais não citam essa característica primordial do NASF. Eles apontam o predomínio de ações

individuais, principalmente na execução de ações de educação em saúde para grupos e/ou atendimento individualizado, identificando novamente a fragmentação do cuidado.

Apesar de o apoio matricial não ser o foco da entrevista, chamamos a atenção para a importância de se investir nesse instrumento para empoderar as equipes de ESF do município pesquisado, assim como assinalou Fittipaldi; Romano e Barros (2015) em seu estudo intitulado “Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família”, que objetivou verificar a importância da resolutividade de várias questões ainda na ESF, com enfoque na educação permanente, verificando assim que de fato o matriciamento é uma ferramenta diferencial para o trabalho das equipes de saúde.

As parcerias intersetoriais também são muito importantes no cuidado à pessoa idosa em várias de suas necessidades.

*[...] aqui a gente tem um atendimento multidisciplinar que a gente até faz grupo aqui da pessoa idosa, com farmacêutico, psicóloga, assistente social do CREAS que ajuda bastante. (E7)*

Na fala do profissional houve destaque para o serviço oferecido pelo Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), que se configura pela oferta de serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos (violências, tráfico de pessoas, cumprimentos de medidas socioeducativas) (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2015).

Tal parceria pode ter sido apontada diante dos vários casos de violência que podem ser acompanhados contra o idoso, principalmente relacionadas ao abandono, negligência e violência financeira. A violência não foi um assunto elencado nas falas, mas sabemos que ela existe e faz parte da realidade de muitos idosos, e conseqüentemente, interfere no cotidiano da ESF.

Com essas falas identificamos o interesse dos profissionais, fazendo uso das ferramentas que dispõe, para oferecer um atendimento integral à pessoa idosa, de acordo com as necessidades e particularidades de cada indivíduo.

Integralidade pode ser entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, nos diferentes níveis de complexidade do sistema (COSTA; CIOSAK, 2010).

Apontamos ainda que a integralidade é um dos princípios do SUS. E foi ressaltada pelos profissionais das três categorias, que relataram que buscam realizar um atendimento o mais completo possível, o que é um aspecto altamente relevante e positivo, mesmo não existindo assim uma fórmula padrão, pois cada profissional tem uma conduta e modo de agir.

*[...] entra não só contexto do ponto de vista de saúde, a visão começa de tudo, dos cabelos até ponta de pé pra ter uma noção geral. (M5)*

*[...] é aquela entrevista, ver como que vive, se vive sozinho, se tem apoio da família [...] nem tanto só focado em patologia, nem tanto só focado no tratamento, lógico tem que ser, mas o primeiro tem que se olhar o idoso amplamente. (E3)*

*[...] gosto de saber como que vai a vida dele... então, meu atendimento é bastante individualizado, [...] eu gosto de tá com ele, de perguntar, de saber, tanto deles como da vida deles. (CD3)*

A integralidade como afirma Pinheiro e Mattos (2001) não é um conceito, mas possui vários sentidos, entre eles: recusa dos profissionais de reduzirem o paciente a um aparelho ou sistema biológico, buscar reconhecer as necessidades, além do que o paciente apresenta, não assumir atitudes fragmentadas e isoladas.

Especificamente em relação à saúde da pessoa idosa a integralidade apresenta alguns desafios em relação ao atendimento, que deverão ser superados pela equipe. Entre eles destacam-se: a criação de vínculo entre a pessoa idosa e os profissionais, acesso aos serviços de saúde, atender as prioridades de saúde de forma ampliada e compreender as necessidades de saúde relacionadas ao envelhecimento por meio da escuta e da convivência com a pessoa idosa (COSTA; CIOSEK, 2010).

*Eu gosto de sentar com ele, conversar, como que ele teve de um mês para o outro, pra ele me falar como que foi pra eu poder começar a orientar ele [...] em relação a todos os problemas diários [...]. (E5)*

*[...]. Eu costumo primeiro colher a história fazendo uma anamnese dele para poder entender um pouco melhor qual é o tipo de alimentação que ele tem, que ele consome, os hábitos de vida, se ele fuma, se ele não fuma, pra eu poder tá abordando nessa questão já pensando na prevenção. (M4)*

Outro aspecto que pode ser um fator dificultador para se alcançar a integralidade, que aparece nas falas, é a visão biologicista dos profissionais, que os fazem ter um planejamento metódico ou em alguns casos não o tem, nas condutas

clínicas, o que pode ser consequência de experiências na graduação. Isso implica na construção de anamneses que focam a presença ou ausência de doenças, que muitas vezes seguem um roteiro em que não se observa a presença de questões para além de saúde e doença.

*[...] quando o paciente vem pela primeira vez eu faço a anamnese dele, pergunto se ele tem alergia de alguma coisa, se ele já foi ao dentista, examino ele como um todo e depois eu vou direto, para coisas específicos da boca. [...], faz um planejamento. (CD9)*

*[...] tá fazendo exames, olhando como que tá a pressão, como que tá a diabetes dele, a questão aí de alterações neurológicas e é mais assim, [...] também fico atento à questão da osteoporose, né? As mulheres que entram na menopausa, a gente já faz a introdução do cálcio para elas, mas assim eu confesso que isso não é muito perfeito, é...a gente não tem isso sistematizado na cabeça, um atendimento para a pessoa idosa, pode falhar [...]. (M8)*

É preciso orientar os profissionais que a integralidade na saúde da pessoa idosa tem como proposta principal colaborar para o empoderamento, contribuindo para que as pessoas idosas sejam cada vez mais independentes e saudáveis (MATTOS, 2001). As falas dos profissionais citadas são exemplos de ações que podem ser aprimoradas, e adotadas pelos profissionais para o estabelecimento de condutas com o paciente que seja capaz de atender as demandas do mesmo. Não há, portanto um roteiro fechado, uma vez que cada indivíduo apresenta características próprias, mas o profissional deve visar sempre à independência do indivíduo. E como o paciente voltará, tendo em vista o acompanhamento pela ESF, temos a possibilidade de verificar possíveis falhas e corrigi-las.

Para a efetivação do cuidado integral, acolhedor, precisamos respeitar a cultura de cada indivíduo.

*[...] então assim eu enfatizo muito o respeito a cultura deles, porque isso é muito forte e até porque nós mesmos... ninguém gosta de ter sua cultura desrespeitada. (E4)*

*[...] a gente tem que saber lidar com a cultura dos pacientes, é aceitar a cultura. Ah! Por exemplo, eu lembro que minha formação a pessoa acha que um chá de tal coisa faz bem para ela. Deixa-a usar não vai fazer mal, a não ser uma coisa, tipo uma garrafada, que tenha álcool [...] é proibido, proscrito. Mas uma coisa que não tá fazendo mal pra ela euuuu tipo assim a gente tem que saber respeitar, até pra aumentar a adesão do tratamento farmacológico, né? (M3).*

A diversidade cultural é uma realidade encontrada por todos os profissionais de saúde, e exige dos mesmos a construção de novos valores e percepções de saúde e doença, ou seja, cada indivíduo vê o processo de adoecer e ter saúde de uma maneira, e as formas de encarar e buscar alternativas para se desvencilhar de tais situações não segue uma regra. Quando falamos do processo de adoecer da pessoa idosa devemos mais do que nunca, buscar a articulação do conhecimento científico com o conhecimento popular, para que a pessoa idosa tenha uma boa adesão, além de respeitar suas crenças (VIANNA; VIANNA, BEZERRA, 2010). Claro que precisamos também ponderar até que ponto a cultura e a crença do indivíduo não venha gerar outros problemas de saúde ou comprometer a recuperação de indivíduos adoecidos.

O respeito às crenças, às experiências, à cultura são alguns itens que favorecem o fortalecimento de vínculo com a população.

*[...] as pessoa idosas já se aproximaram mais da unidade, eles já possuem vínculos conosco, eles nos conhecem, eles sabem que podem contar com a unidade para alguns serviços [...]. (E1)*

*É o vínculo, é o que facilita o trabalho. (E5)*

Além de o vínculo ser apontado pelos profissionais como importante para o atendimento das pessoas idosas, a PNAB (2011) traz em seu texto que a AB se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado entre outros. E o vínculo é definido como:

O vínculo consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2011, p. 21).

Diante das falas dos profissionais e do que a PNAB traz sobre vínculo, verificamos que esse é um item que os profissionais vêm tentando atender, pois reconhecem sua importância e criam mecanismos para que ele venha a ser fortalecido.

*Aqui você querendo ou não, você cria o vínculo, você passa a conhecer o avô, a avó, a mãe, o pai o filho, tudo você cria aquele vínculo, aí você sabe, né? (CD7)*

*[...] Dá pra você ter mais tempo com o paciente, você poder conversar mais, principalmente acompanhar, você ter o retorno do paciente, então você até tem a chance de passar uma medicação, de conversar... depois ele volta e te fala como que está, como que foi a experiência dele, o que que melhorou, o que que piorou, acho isso bacana! (M6)*

*[...] você vai tendo mais intimidade com os pacientes, eu acho que isso é importante também, porque igual no plantão, você atende o paciente ali e pronto, você nunca mais vai ver a cara dele, mas você não sabe se melhorou... se piorou.... (M7)*

Outra característica que permite o fortalecimento do vínculo, especialmente se tratando da pessoa idosa que tem atendimento preferencial, de acordo com suas necessidades, visando atender outro princípio do SUS: a equidade.

O princípio da equidade pode ser entendido como “oferecer mais para quem precisa de mais”, nessa perspectiva a pessoa idosa acaba sendo um indivíduo contemplado nesse princípio por precisar de mais atenção, às vezes mais cuidados e que poderá precisar mais do sistema de saúde, com mais consultas, com mais exames, torna-se um indivíduo mais assíduo na unidade. Na AB há possibilidades dos retornos, de maior proximidade com o paciente.

Enfatizando o princípio da equidade, há momentos em que não conseguiremos priorizar a pessoa idosa, como por exemplo, em consultas do grupo de hiperdia, em que a maioria é pessoa idosa. Mas Costa e Ciosak (2010) afirmam que deve haver maior agilidade no sistema de saúde como um todo, pois o processo de envelhecimento traz como consequência menor expediente para a pessoa idosa deslocar-se nos outros níveis de atenção.

Todo o atendimento realizado para a pessoa idosa na AB deve sempre priorizar as características mencionadas pelos profissionais, e para isso precisamos estar atentos às necessidades das pessoas idosas, investir em formação para os profissionais.

Mas notamos também que apesar de os profissionais estarem atentos para muitas características das pessoas idosas é muito comum a não adesão a tratamentos. Muitos idosos não tomam sua medicação corretamente, não vão à consulta simplesmente porque esquecem ou não sabem ler, entre outras questões. Isso dificulta o trabalho dos profissionais e ao mesmo tempo os incomoda.

*[...] ele não lembra nem qual a medicação que ele tem que tomar. Então ele vem umas três, quatro vezes com a pressão lá em cima, ou com alguma outra causa, ou outra doença que ele não consegue controlar, porque simplesmente ele não tem como tomar o remédio certo, porque ele não lembra, então às vezes ele pode ser analfabeto. (E2)*

*[...] O que você tinha falado pra fazer? Aí você pensa: vou escrever... Aí eles não sabem ler. A maioria dos meus são analfabetos, igual a medicação você faz a caixinha entrega, fala olha tem que tomar assim, mas toma tudo errado, mistura e pega de uma caixa, põe na outra, é difícil! (E11)*

*É muito adulto analfabeto, e isso dificulta muito, pois ele não dá conta de ler uma receita, uma orientação, você pode colocar no papel para ele mais ele não irá entender. (M1)*

Em estudo realizado por Witt et al., (2014) os achados para a não adesão ao tratamento esteve relacionada ao consumo elevado e prolongado de medicamentos, efeitos colaterais, desaparecimento de sintomas, desconhecimento sobre medicações, alto custo de medicações, falta de motivação, distúrbios da memória e analfabetismo. Tais achados se aproximam do que encontramos em nossas entrevistas, corroborando assim para afirmarmos que essas são questões que devem ser enfrentadas pela equipe de saúde, principalmente com a corresponsabilização da família.

A questão do analfabetismo está muito relacionada a questões sociais, econômicas e familiares, pois entre as pessoas idosas ainda é algo muito significativo, e ao mesmo tempo difícil de resolver. Daí a importância do familiar da pessoa idosa estar presente e atento às suas necessidades.

Porém, identificamos nas falas dos profissionais que na verdade as pessoas idosas é que são os responsáveis por suas famílias, ou seja, as pessoas idosas de hoje assumem a responsabilidade de cuidar de suas casas financeira e socialmente, pois vários deles são quem cuidam da educação dos netos e com sua aposentadoria sustentam várias pessoas.

*Hoje a pessoa idosa é o que tem que continuar a trabalhar pra ajudar no sustento da família, tem muitas famílias que a mãe é a chefe da família e então as pessoas idosas que estão agregadas aquela mãe vai ter que ajudar a mãe a cuidar das crianças, seja cuidando mesmo das crianças e com a questão salarial também. (E4)*

*O idoso, além dele pagar essa medicação que ele consome, que no caso ele é um usuário de serviços de saúde, [...] ele ainda tem esses outros gastos... então o dinheiro dele não é só para ele é bem limitado. (E6)*

*Geralmente essa pessoa idosa tem que prover a família de recursos, às vezes tem só a aposentadoria, então acaba que pesa um pouquinho para a pessoa idosa. (E12)*

Essa pode até ser uma nova configuração familiar, típica de indivíduos com poucas condições estruturais e sociais, que refletem na qualidade de vida das pessoas idosas, já que assumem a função de cuidador e/ou provedor e com isso, se descuidam de sua saúde. Lopes; Neri e Park (2005) no estudo dos papéis de avós na sociedade contemporânea, concluíram que as pessoas idosas assumem diferentes responsabilidades o que gera diversos efeitos negativos como: sobrecarga financeira, conflitos com os filhos devido às divergências na educação das crianças, queda na qualidade de saúde física e emocional das pessoas idosas, com incidência de depressão e baixa saúde percebida, interferência na vida social e familiar, cansaço e esgotamento emocional.

O relacionamento familiar também é apontado como outro dificultador das ações, pois a pessoa idosa nem sempre encontra apoio na família para cuidar de sua saúde. Vários são os relatos de pessoas idosas já debilitadas, que vivem sozinhas, que cuidam de outras pessoas idosas e acabam se dirigindo às consultas sozinhas.

*[...] às vezes, relacionamento familiar, que é o que interfere, ele depende de alguém pra estar trazendo ele pra unidade, para dar sequência no seu tratamento, então realmente é complicado, não é fácil (trabalhar com a pessoa idosa). (E5)*

*[...] eles estão sozinhos, eles têm uma família que não dá apoio, essa é uma realidade que eu tenho aqui, a família não ajuda, não dá apoio, não acompanha consulta. As pessoas idosas chegam aqui sozinhos, desinformados, a gente explica eles não entendem, né? E não tem ninguém pra acompanhar. (E10)*

*[...] vivem sozinhos, a maioria dos meus idosos moram ele e a esposa, duas pessoas idosas [...]. A gente tenta sensibilizar a família, mas eles continuam a vir sozinhos pra consulta. E não tem o cuidador, a família não faz muita questão, e isso é com tudo. (E11)*

E essas questões ligadas à desestruturação familiar e ao abandono da pessoa idosa, ainda são agravadas por questões econômico-sociais que dificultam, por exemplo, poder contratar um cuidador ou ter uma alimentação mais saudável.

*A dificuldade que encontro aqui é por conta do dinheiro. Se a gente for falar, vamos fazer uma alimentação saudável [...] a questão do dinheiro eles não*

*tem. Eu até tinha sugerido uma horta comunitária, também não consegui. Porque eles não têm condições de uma alimentação melhor. (E11)*

*[...] aqui na região particularmente a gente trabalha com pessoas idosas de baixa renda, né? Às vezes tem só a aposentadoria, então, acaba que pesa um pouquinho pra pessoa idosa. (E12)*

A ESF deve estar atenta para essas características das pessoas idosas e a educação permanente em saúde é apontada como uma alternativa para preparar os profissionais para lidar com tais situações.

Reforça-se ainda a necessidade de cuidado não fragmentado, em que o profissional veja a pessoa idosa em sua totalidade, para que de fato suas ações repercutam não apenas no cuidado dentro da ESF, mas fora dela também, entendendo que a pessoa idosa traz consigo uma carga de características influenciada pela cultura, por fatores sociais, econômicos e emocionais. Além disso, a família e o poder público devem ser envolvidos nesse processo de cuidado integral.

### 6.3.2 Atenção dificultada pela organização dos serviços

Esse núcleo de sentido é composto por questões relativas à organização do serviço, que vão à contramão dos objetivos e diretrizes da AB.

A primeira característica discutida é a centralidade no modelo biomédico. É difícil modificar algumas atitudes das pessoas idosas, modificar principalmente o pensamento que muitos carregam de que se deve procurar o serviço de saúde somente em casos de adoecimento, pois os mesmos são acostumados a só serem atendidos por uma geração de profissionais de saúde que possuem uma visão curativista e hospitalocêntrico, reflexo do modelo flexneriano.

*[...] Às vezes assim... aqui ainda a gente tá muito na parte curativa, assim as pessoas esperam sentir uma dor de dente pra procurar o profissional, então a gente ainda tem essa dificuldade. Sentiu alguma coisa ele procura. Ele não tem essa preocupação tanto com a prevenção, ele quer aquele negócio curativo mesmo. (CD2)*

*[...] e muitas vezes a pessoa não tem essa visão de promoção da saúde, ela ainda tem aquela visão curativa, então você vê que a maioria dos nossos atendimentos aqui, chega com queixas, ele não chega pra promover saúde [...].(E8)*

*Principalmente as pessoas idosas, eles tem em mente aquele modelo dos médicos, hospitalar ainda, eles não acreditam,[...] nesse modelo de prevenção e promoção da saúde... você chama um pessoa idosa para participar de um grupo ele não acha importante. (E9)*

A centralidade no modelo biomédico é algo que ainda persiste e como mencionamos é contrária ao que é preconizado pela ESF, que visa um modelo de atenção à saúde ampliada, com reorientação do processo de trabalho, para romper com modelo que é pautado na fragmentação do cuidado (COUTINHO et al., 2013). Precisamos entender que a assistência oferecida pelos profissionais do SUS deve abranger ações assistenciais ou curativas, assim como promover a saúde e prevenir doenças. Talvez esse seja o grande gargalo, pois além da cultura dos usuários, nota-se que os profissionais também se preocupam mais com os indivíduos já adoecidos, por meio de consultas, exames e medicamentos.

Juntamente com a preferência por tratamentos curativistas, a imagem do profissional médico é supervalorizada, e muitos idosos centralizam o cuidado de sua saúde no tratamento médico.

*[...] Importante para ele é vir na unidade só quando é consulta com o médico e pronto. (E9)*

*Então se a gente não der um espaço pra ele com o contato com o médico, porque o médico ainda é o central da equipe de saúde, é questão cultural mesmo, [...]. (E6)*

A centralidade no modelo biomédico e preferência pelo tratamento médico são interligados, pois no modelo tradicional a figura do médico é a mais valorizada, pois é ele o profissional apto a prescrever a maioria dos medicamentos, bem como solicitar exames. Isso faz com que o paciente o procure e valorize mais, pois ele representa para esse indivíduo a cura de uma doença, o cessar de sua dor, a resolução de seus problemas, não que outros profissionais não o façam. Mas há estabelecimento de uma relação entre o médico e a doença do paciente, que é capaz de ser transformada em diagnóstico e terapêutica (VIANNA; VIANNA, BEZERRA, 2010).

A supervalorização médica é reforçada ainda pela remuneração financeira, uma vez que a remuneração dos médicos é bem maior que dos demais profissionais. Isso reforça entre os demais profissionais o sentimento de desvalorização.

*Então assim com a desvalorização o pessoal assim pede muita remoção, então acaba assim não criando vínculos, principalmente o médico [ ...]. (E 9)*

*[...] Eu acho importante assim uma valorização maior dos profissionais porque, eu estou há quatro anos na mesma unidade, eu não tenho interesse de sair de lá, eu gosto de lá, eu gosto dos profissionais de lá, eu gosto das pessoas, já conheço todo mundo. (CD3)*

*Então, aqui em Aparecida até que não, mas assim, tem lugares que a gente é melhor remunerado e a gente trabalha com mais tranquilidade e eu acho que até com mais condição de verdade. (CD 4)*

Os profissionais se queixam de estarem sobrecarregados e da cobrança dos gestores com a cota de procedimentos clínicos a serem cumpridos. Em função disso, o que prevalece é o tratamento curativo.

*[...], aqui em Aparecida a gente é tão corrido o atendimento, a gente é tão cobrado, tanto quantidade do que qualidade que a gente acaba deixando passar, aqui mesmo a gente tem mais contato no grupo de hiperdia, né? [...] eu tenho mais contato com aqueles que têm mais depressão, que tem que tomar aquele remedinho pra dormir, ou que tá sofrendo algum abuso na família [...] o que eu acho que falta aqui em Aparecida pra gente é isso, é um tempo pra que a gente desenvolva a saúde da pessoa idosa. (E6)*

Isso se deve à grande demanda da unidade, que limita a possibilidade de escuta qualificada, o profissional não tem tempo para ouvir, para dedicar à pessoa idosa, que demanda mais atenção.

*Então assim a questão das consultas acaba que não dá tempo de você atender todos por ser um fluxo muito grande. (E8)*

*eu tento fazer o máximo que eu posso, mas eu me encontro nessa situação, entre a cruz e a espada por que eu não tenho tempo de fazer prevenção de doenças, eu não tenho oportunidade pra fazer isso por que eu tenho que preoocupar com a consulta médica, entendeu? É número, e número, e número. (M4)*

As falas apontam para uma questão que foi verificada no estudo de Marin et al. (2008), em que analisaram as ações e perspectivas dos profissionais que atuam na ESF quanto à saúde da pessoa idosa: a assistência centrada em consultas médicas, atendendo às demandas. Enfatizam ainda que essas características revelam um problema do modelo de atenção à saúde, em que o processo de trabalho se restringe à produção de procedimentos e não à produção do cuidado e da cura.

Além da grande demanda da unidade, não podemos deixar de lado a grande demanda que o atendimento à pessoa idosa requer, haja vista que na maioria das

vezes apresentam diversas doenças crônicas, apresentam algum grau de dependência funcional, dificuldades de relação interpessoal, demora em perceber melhoras (SOUZA; RIBEIRO, 2013). Essas os tornam assíduos à unidade, mas nem sempre há possibilidades de atender todas as suas necessidades.

Esse fato nos remete à estrutura das unidades, em que elencamos desde a estrutura física até a falta de recursos humanos. Esse foi um item polêmico, mas ao mesmo tempo relevante, uma vez que identificamos algumas lacunas que deixam o atendimento à pessoa idosa prejudicado.

As falas de vários profissionais tiveram tom de desabafo, indicando que a gestão precisa rever alguns itens para assim fornecer mais subsídios para o desenvolvimento do trabalho na AB.

*A gente não tem um grupo específico só pra lidar com a saúde da pessoa idosa [...] mas a gente não tem como fazer, por falta de lugar mesmo, porque aqui tudo pega sol. (E3)*

*[...] Pois é, como aqui a gente tem outro problema que é a falta de funcionário. (E6)*

*[...] Olha, muitas vezes, por exemplo, nós aqui na unidade... vou começar pela estrutura física, que a gente não tem. Muitas vezes a falta de profissionais, [...] até a coordenação reconhece quando entra um, sai o outro. (E9)*

*[...] é pouco o retorno pros nossos pacientes que sofrem, a gente não tem muito o que oferecer. (CD4)*

A falta de manutenção de equipamentos é outra questão grave que com frequência ocorre nos serviços públicos. Neste quesito em especial, a odontologia tem seus serviços clínicos muito comprometidos, visto que, dependem de equipamentos e material de consumo para atendimento clínico, mais que o enfermeiro e o médico.

*[...] eu entrei aqui não estava funcionando. Aí arrumaram, eu atendi umas duas a três semanas e estragou de novo. Então desde que eu estou aqui, se eu atendi sei lá, uns 20 ou 30 pacientes, sei lá foi muito. Estrutura que não ajuda. (CD6)*

Nesta fala, pode-se perceber também a centralidade nos procedimentos clínicos, já que não é proposto procedimentos preventivos e/ou educativos, como por exemplo, o rastreamento de câncer bucal.

Chamou-nos a atenção a forma como a agenda das unidades é construída. No município, as consultas com o clínico geral são agendadas por meio do telefone, chamado teleconsulta ou 0800 para as consultas de rotina, pois há na agenda vagas para intercorrências. E quando o paciente se “encaixa nos programas” (gestantes, crescimento e desenvolvimento, mulher, Hiperdia<sup>7</sup>) as consultas são agendadas diretamente na unidade. E é aí que identificamos o maior problema para a população idosa, pois a coordenação deixa aberto para as unidades adequarem suas agendas de acordo com suas demandas, mas muitas ESF atendem as pessoas idosas no dia da consulta do Hiperdia.

*Não tem nenhum dia específico pra pessoa idosa, nenhum espaço pra eu cuidar da pessoa idosa, né? Ele entra na demanda espontânea de todo mundo, junto, embolado. (M4)*

*[...] na segunda feira é hiperdia, você vê assim é quase tudo pessoa idosa, aí... mas tá vinculado, porque um atendimento voltado só pra pessoa idosa, saudável ou com alguma doença diferente não tem. Têm os grupos, igual o hiperdia, o grupo de gestantes, crescimento e desenvolvimento e a pessoa idosa não tá contemplado nessa agenda. (E8)*

Mas, evidentemente nem todas as pessoa idosas apresentam tais doenças crônicas e algumas vezes vão à consulta para tratar outras questões.

*[...] E até a pessoa idosa, então ele não consegue entender que é uma consulta de hiperdia, é uma consulta com o médico, então ele vai lá, ele tá com uma dor de cabeça, ele tá com uma dor no pé, uma dor no estômago, sendo ele hipertenso ou não, aquele é o momento que ele definiu com o médico, e eu não consigo dizer pra ele: olha nós vamos focar agora só no seu problema de pressão e diabetes, por que hoje é hiperdia. Eu não consigo fazer isso. (M4)*

A fala nos apresenta um aspecto que se contrapõem a integralidade, ou seja, a forma como o serviço é estruturado acaba por interferir negativamente na forma como a atenção ao idoso é exercida. Diante dessa questão o profissional deve estar atento a formas que facilitem seu atendimento e principalmente conseguir ir além do que é imposto, ou seja, de acordo com sua realidade, o profissional deve -se adequar e ter sempre em vista o melhor atendimento ao usuário.

A questão do Hiperdia é algo polêmico entre os profissionais, pois notamos que grande parte das atividades, relacionadas à pessoa idosa, acontece vinculada a

---

<sup>7</sup> Hiperdia: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

este programa, desde consultas às reuniões mensais, pois é um programa antigo e que tem uma boa adesão.

Coutinho et al. (2013) procuraram compreender como o cuidado à pessoa idosa vinha acontecendo, na visão dos profissionais de saúde, em uma ESF e constataram a mesma realidade relatada por nossos profissionais: a carência de momentos específicos com as pessoas idosas e a ampla vinculação dos mesmos ao Hiperdia. O programa atende a população hipertensa, diabética e surge como um elo da pessoa idosa com o profissional de saúde.

O diabetes e a hipertensão são patologias que merecem um cuidado adequado para se evitar complicações, mas isso não significa que ser pessoa idosa é ser hipertenso e/ou diabético. O profissional que realiza suas ações pautadas apenas nesses aspectos acaba por tornar-se limitado (ALENCAR et al., 2010). Podemos afirmar ainda que isso pode limitar a qualidade de vida e o acesso das pessoas idosas que não possuem tais doenças crônicas, pois acabam sendo deixados de lado.

Identificamos que profissionais aproveitam para tratar de assuntos relacionados ao envelhecimento ativo e saudável, doenças prevalentes em pessoa idosas.

*[...] Então, nós percebemos que eles tinham necessidades especiais. Então hoje eles são as principais pessoas que comparecem as consultas de Hiperdia, ou seja, nos dias de consultas de hipertensos e diabéticos, cerca de 60% a 70% do nosso público é constituído de pessoas idosas. (E1)*

*Nós montamos um grupo, aqui nós atendemos com o dia específico para cada pessoa, mas não temos ainda um dia específico para a pessoa idosa. Eu atendo mais pessoa idosa no hiperdia. (CD1)*

O ideal é a implantação do Programa Saúde da Pessoa Idosa, com dias específicos para o cuidado a esse usuário do serviço de saúde, independente de doenças de base ou não, em que seriam desenvolvidas ações relacionadas ao envelhecimento ativo e saudável.

Há profissionais que já tentam desvincular a pessoa idosa do Hiperdia, na tentativa de convencê-los a participar de reuniões educativas. São profissionais que tentam e/ou conseguem executar essas ações.

*E outra ação relevante foi que nós começamos o grupo de pessoa idosas, há cerca de 3 meses na unidade, que visa trazê-los para perto da unidade, para que eles façam atividades para o envelhecimento ativo e saudável. (E1)*

*[...] tanto é que hoje no serviço eu prefiro mais falar da saúde do que de doença, tem o grupo de convivência e eu evito ligar isso a doença, eu prefiro ligar isso pra vida da pessoa mesmo, por qualidade de vida do que por atendimento. (E12)*

Iniciativas como as citadas nas falas ainda são tímidas, diante de todo o contexto que precisa ser modificado, mas é o início do desafio que os profissionais têm que enfrentar na busca de ações que visem à integralidade da atenção, tendo em vista também o número cada vez maior de idosos em nossa sociedade. Além disso, a gestão deve ser sensível às necessidades dos profissionais, para que os valorize, investindo mais em sua formação e condições de trabalho.

#### 6.4 DISTANCIAMENTO DAS POLÍTICAS NACIONAIS VOLTADAS PARA A PESSOA IDOSA, PORÉM APROXIMAÇÃO DO ESTATUTO DO IDOSO

Compreender a aproximação dos profissionais, em relação à PNSPI foi essencial para identificarmos que a formação sobre esse tema é limitada. Reflexo de fatores como: ausência do conteúdo na graduação, aversão a políticas (são muitas, extensas), não tem o hábito de utilizar as políticas públicas no serviço. Veremos a seguir mais sobre outros fatores.

##### 6.4.1 Desconhecimento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Identificamos que as Políticas Públicas voltadas para a pessoa idosa não são conhecidas e utilizadas por grande parte dos profissionais.

Das falas extraímos que a desinformação sobre as Políticas Públicas relacionadas à pessoa idosa está vinculada a pouca abordagem realizada nas instituições em que os profissionais pesquisados realizaram sua graduação, como demonstrado nas falas.

*Na verdade eu não tenho muito conhecimento dessas diretrizes não, nessa questão da saúde da pessoa idosa não, [...] eu conheço mais sobre o hiperdia mesmo, eu preciso aprender mais sobre essas políticas, entendeu? (E2)*

*Para falar a verdade não, (risos)... acaba que o que eu vi foi tudo muito geral....dentro da saúde pública... SUS... (M6)*

*Nossa, foi pouco tempo demais, (risos) não vi nada disso na faculdade! (M7)*

A desinformação também está vinculada ao pouco interesse na temática.

*(Silencio) Olha [...] eu confesso que eu não me lembro [...] da minha parte não tinha muito interesse, né? Assim eu sei da existência, mas não sei assim de uma maneira mais aprofundada eu não sei como funciona. (CD2)*

*Não, não tive nada de políticas públicas voltado para saúde da pessoa idosa, pode ser que a gente até veja, mas já faz tanto tempo que eu nem lembro. (CD 7)*

A pequena aproximação na busca do conhecimento sobre a temática foi por meio do estudo para concurso público ou pela busca de informações para algumas atividades realizadas no serviço.

*Olha o único contato que eu tive foi estudando pra concurso, fazendo cursinho que tinha saúde da pessoa idosa na meta do pacto [...], caderneta da pessoa idosa, saúde da pessoa idosa. Algumas provas caíram alguma coisa relativa a vacina da influenza, mas foi só é... foi mais isso mas um contato teórico e bem superficial mesmo. (CD4)*

*[...] Eu até comecei a estudar sobre isso devido à formação do grupo, eu até comentei [...] que eu nem sabia que existia um grupo específico para a saúde da pessoa idosa, então eu comecei pegar algumas coisas, algumas diretrizes para poder ler. (CD1)*

A busca do conhecimento que ocorre para atender necessidades do serviço é positiva, pois a aprendizagem se torna significativa para o indivíduo, o que contempla a Educação Permanente em Saúde.

De modo geral observamos que os profissionais não tem a PNPSI como instrumento de suas práticas, o que dificulta sua efetivação, pois para de fato uma política se tornar efetiva:

*“requer atitude consciente, ética e cidadã dos envolvidos e interessados em viver envelhecendo de forma saudável. O estado, os profissionais de saúde, o idoso e a sociedade em geral são responsáveis” (ANDRADE et al., 2013, p. 3.545).*

É fundamental que os profissionais de saúde conheçam e utilizem a PNPSI, uma vez que são responsáveis por contribuir para o envelhecimento saudável e é a política que oferece as diretrizes norteadoras para as ações.

Juntamente com a PNSPI temos o Programa de Saúde da Pessoa Idosa, uma estratégia para o envelhecimento saudável, que também verificamos não existir em várias unidades.

*É na verdade ele não existe [...] aqui nesse PSF não existe ainda, mas o programa da pessoa idosa não é difícil, [...] ele tem que ser melhor implementado. (E5)*

Mesmo com a dificuldade de colocar o Programa de Saúde da Pessoa Idosa em prática, pode-se perceber que para os profissionais é importante ter um momento para esse usuário na unidade.

*Eu acho que, se pelo menos criasse aqui na unidade, uma agenda pro pessoa idosa já ia ajudar, porque a gente já faz o trabalho de preencher a caderneta, de ir atrás, de fazer os agentes de saúde participar pra tentar montar o grupo [...].(E6)*

*Aqui, agente não faz muitas atividades voltadas para a atenção à pessoa idosa...ter um programa deles, o dia deles, para tratar algo mais específico, alguma coisa relacionada mais à idade, no dia da pessoa idosa eles viriam pra outras coisas, poderíamos ter ações voltadas para o pessoa idosa, principalmente prevenção, acho que seria mais fácil. (E11)*

Para alguns profissionais, a abordagem do paciente, e conseqüentemente, da pessoa idosa ainda é muito centrada na doença, e o fato de não haver uma agenda para ele na unidade, há dificuldades de realizar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

*[...] Porém eu acho uma pena isso, aqui no município, na nossa equipe, não estar preconizado que na nossa agenda tenha um dia de saúde da pessoa idosa [...] para fazer prevenção... (M1)*

*[...] porque aqui na unidade não tem nenhum espaço para a pessoa idosa, em termos de atenção básica, não existe grupos, não existe ações voltadas ao público de pessoas idosas, né? Aqui tá muito focado na assistência mesmo, marcação de consultas de clínica médica [...]. (M4)*

Mesmo algumas ações, de forma individualizada acontecem na contramão do serviço e do trabalho em equipe.

*Olha aqui no postinho, agora que nós estamos implementando um programa de saúde da pessoa idosa. [...]. O trabalho com o pessoa idosa é feito por meio de palestras, de atendimentos. Agente tem a parte preventiva e a parte curativa. (CD1)*

As colocações deixam claro que há necessidade de um dia na agenda para a atenção a pessoa idosa, em que todas as ações seriam voltadas para os mesmos. A coordenação da ESF deixou claro que a agenda das unidades é programada de acordo com as demandas de cada equipe e há possibilidades de modificarem para assim atender as necessidades mais emergentes.

Nessa perspectiva, entendemos que as unidades devem manifestar a necessidade de modificar suas agendas para melhorar a atenção às pessoas idosas. Há também que se pensar em ações promocionais que não necessariamente tenha que acontecer no âmbito da unidade de saúde. No território da ESF, geralmente, pode-se encontrar parcerias importantes para que essas ações possam se concretizar.

Os próprios profissionais nos apontaram algumas estratégias para a implantação do programa no município, com exemplos de ações que já têm sido realizadas e que merecem ser ampliadas. O entrevistado E5 dá exemplo de experiência que vivenciou em outro município em que trabalhava.

*Uma coisa que ficou legal lá [...] foi que a gente padronizou o atendimento, pra todos os programas. O programa da pessoa idosa isso, isso e isso, então o coordenador estava em cima e sempre buscando e a gente vinculava sempre ao PMAQ, porque o PMAQ exige que todos os programas funcionem. Então se uma unidade faz o programa, a outra tem que fazer e desenvolver, desempenhar da mesma forma. (E5)*

Ao contrário de alguns profissionais que são tipicamente biologicistas, há também aqueles que têm um conceito ampliado de saúde.

*[...] nós aproveitamos desse dia para fazer a caderneta da pessoa idosa, para preencher, para estar mais próximo deles. Nós também aumentamos as visitas domiciliares para esse público, independentemente se tem alguma doença ou agravo, mais para ver a situação da casa, se eles são bem cuidados... (E1)*

Tais ações só são possíveis com o empenho dos profissionais, que se comprometem em realizar e dar continuidade ao trabalho, além de os profissionais se apropriarem dos instrumentos disponibilizados.

*Nós sabemos que agente possui a caderneta da pessoa idosa, o caderno de saúde da pessoa idosa... (E1)*

*[...] a gente se baseia, eu procuro pesquisar, fazer alguma pesquisa, a gente tem os cadernos aqui, a gente tem um aqui da pessoa idosa (risos...). (E14)*

Notamos que os profissionais citaram o Caderno de Atenção Básica para o envelhecimento, elaborado pelo Ministério da Saúde, que também é uma ferramenta norteadora das ações da AB.

Em relação ao Programa Saúde da Pessoa Idosa, encontramos poucos documentos científicos sobre sua contribuição para a saúde dos mesmos, Tal achado nos permite afirmar a necessidade de pesquisas sobre o tema, para verificar sua potencialidade.

#### 6.4.2 O Estatuto do idoso como referência para conquista de direitos

Em relação ao Estatuto do idoso, os profissionais se sentem mais empoderados de conhecimento, revelando que de fato o conhecem.

*Bom às políticas, o Estatuto da pessoa idosa hoje é o marco, [...] Já são 10 anos! [...] depois da regulamentação mesmo do estatuto eu acho que saiu um pouco só dessa questão do vamos só falar e na prática não fazer nada. (E4)*

*Então, o Estatuto da pessoa idosa, né? Ele fala, tem vários requisitos né? O atendimento com o acompanhante, o atendimento preferencial, ééé só que tem coisas que a gente não se adequa na Estratégia Saúde da Família [...]. (E5)*

*Só o estatuto da pessoa idosa, que a gente lida mais, porque envolve com muitas questões sociais, então esse eu já estudei, os outros não. (E10)*

O Estatuto do idoso é o documento legal mais conhecido e citado pelos profissionais. Acreditamos que o Estatuto é amplamente citado pelo fato de ser um instrumento que amplia a resposta do Estado e da sociedade frente às necessidades das pessoas idosas em vários segmentos: saúde, educação, assistência social, habitação, transporte e é amplamente divulgado, com seus mais de 10 anos, e que foi adotado de fato pelas próprias pessoas idosas (BRASIL, 2003; ANDRADE et al., 2013).

Camarano e Pasinato (2004) afirmam que o Estatuto do Idoso apresenta em uma única e ampla peça legal, muitas das leis e políticas previamente aprovadas. Porém, incorpora novos elementos e enfoques, dando um tratamento integral ao estabelecimento de medidas que visam proporcionar o bem-estar dos idosos e com uma visão de longo prazo. Conta com 118 artigos que aborda diversas áreas dos

direitos fundamentais e das necessidades de proteção dos idosos, objetivando reforçar as diretrizes contidas na Política Nacional do Idoso, muitas já asseguradas pela CF.

É preciso reafirmar que a essência do estatuto está nas normas gerais que dispõem sobre a “proteção integral” aos idosos, que gozam de todos os direitos inerentes à pessoa humana (Artigo 2º) e que o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção, um direito social (Artigo 8º) (BRASIL, 2003; CAMARANO, 2013).

Quando falamos em conceito ampliado de saúde, o Estatuto pode ser um aliado, tendo em vista que perpassa por vários segmentos garantindo direitos e a ESF tem o papel também de divulgá-lo, de empoderar os indivíduos por meio de informações. Nesse contexto nossos profissionais demonstram conhecer e utilizar o Estatuto.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Ao final desse estudo pudemos compreender que o processo de formação dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que atuam na atenção básica do município de Aparecida de Goiânia, apresentou várias lacunas, como: falta de conteúdos específicos em saúde da pessoa idosa na graduação; superficialidade dos conteúdos quando os mesmos existem, o que dificulta a garantia à atenção integral à pessoa idosa; falta de estágios práticos na área; pouco interesse em especializar-se em geriatria e gerontologia; poucas oportunidades de educação continuada e permanente no serviço. O que veem em saúde pública é o que amplia o conhecimento sobre a pessoa idosa e as formas de atenção. Diante de tais achados, verificamos que é preciso um investimento na reestruturação das matrizes curriculares dos cursos na área de saúde, para que o conteúdo relativo à saúde da pessoa idosa seja mais abordado durante a academia, pois isso pode oportunizar, além da formação de profissionais conhecedores de fato deste relevante conteúdo, melhorar a atuação nos campos de trabalho.

A formação complementar específica sobre o tema não é frequente, ou é inexistente, requerendo da gestão, maiores incentivos e investimentos para estimular os profissionais a se capacitarem nessa área, ou criar oportunidades de educação continuada e/ou educação permanente.

Quanto ao atendimento realizado nas unidades Básicas de Saúde da Família para as pessoas idosas, neste estudo verificamos que há uma preocupação em atender bem a pessoa idosa, mesmo que os profissionais não tenham sido suficientemente capacitados para tal.

Identificamos que o conhecimento dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é limitado. Em relação ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa, verificamos que por ser recente e ainda estar em fase de implantação, a gestão deve apoiar sua efetivação junto à AB.

Na visão dos profissionais de saúde da Atenção Básica, são vários os sentimentos e percepções evidenciados no processo de cuidar dos idosos e são reflexos das situações vivenciadas no dia a dia das equipes.

Não foi possível, por meio de nossa pesquisa identificar as competências necessárias para o atendimento à pessoa idosa na perspectiva dos próprios profissionais, mas reforçamos com essas considerações que a atenção à pessoa idosa deve ser pautada nas mais diversas competências, algumas delas contempladas nas diretrizes curriculares para os cursos da saúde.

Podemos afirmar que é importante o profissional saber quais são as principais características de sua população e estas podem guiar a formação dos profissionais no serviço, por meio da educação permanente.

Há várias dificuldades para a realização de ações de atenção à pessoa idosa que devem ser solucionadas para garantir o bom funcionamento da ESF como um todo e o atendimento dos indivíduos, que também refletiriam na qualidade de vida dos profissionais. Especificamente em relação à pessoa idosa, verificamos que as ações devem de fato acontecer como preconiza a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, o Estatuto da Pessoa Idosa e as diretrizes do SUS

Considerar a pessoa idosa em suas múltiplas interfaces não é uma tarefa fácil, porém é urgente diante do crescimento populacional de pessoas idosas. Entendemos que a partir da formação específica na área, seja na graduação ou posteriormente a essa, os profissionais de saúde poderão contribuir para modificar o modelo de cuidado, na perspectiva do sujeito e centrado em suas particularidades, o que pode também ensinar a lidar com as próprias fraquezas e dificuldades no adoecer, amadurecer e envelhecer.

## 8 PRODUTO DE INTERVENÇÃO

---

Diante dos resultados encontrados e do objetivo do mestrado profissional, que é dar um retorno ao serviço, nossa proposta será a realização de um Curso nos moldes da Educação Permanente em Saúde. O projeto é intitulado **Formação dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica em Saúde da Pessoa Idosa: Envelhecer com qualidade, responsabilidade de todos.**

Abaixo descrevemos a intervenção.

### 1 INTRODUÇÃO

A formação de profissionais para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) se configura como um desafio, fazendo-se necessário aproximar os conhecimentos trabalhados às reais necessidades da população, e assim oferecer um cuidado mais qualificado aos usuários do sistema de saúde. As estratégias definidas nas políticas de saúde estabelecem responsabilidades dos atores envolvidos no sistema, qual o papel dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Todas essas iniciativas provocaram mudanças positivas no sistema de saúde, entretanto mesmo com esses avanços, os profissionais de saúde ainda se encontram limitados na prática quanto ao cuidado integral. O perfil da maioria desses profissionais demonstra uma insuficiência na qualificação para mudanças na atuação, reforçada pela formação profissional com falhas na articulação do ensino-aprendizagem. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), só é possível mudar a forma de cuidar se for modificada também a forma de ensinar e aprender.

Diante disso, é importante que as instituições de ensino articulem nova estrutura de formação de profissionais de saúde, promovam capacitação e atualização dos profissionais atuantes no SUS, orientados pelos parâmetros de um desempenho qualificado que atenda às necessidades locais da comunidade. Nesse processo de trabalho, para que haja integração do profissional com o serviço de saúde, devem-se

considerar as práticas das competências e habilidades envolvidas na formação profissional.

Considerando os profissionais que já estão em exercício da profissão no contexto da saúde pública, deve-se pensar em ferramentas de apoio para melhorar as condições de atendimento da população, inserindo-os em um processo de atenção mais integral, a busca conjunta de soluções para os problemas de saúde, condizentes com a realidade da população alvo (MERHY, 2004).

A Educação Permanente em Saúde é essa ferramenta e uma estratégia de investimento na qualificação profissional para superar as deformações e deficiências na formação dos trabalhadores da saúde.

O objetivo não é apenas formar bons técnicos, mas bons profissionais, capazes de serem criativos no pensar, no sentir, no querer e no atuar. A estratégia utilizada é a aprendizagem significativa, ou seja, a aprendizagem que faz sentido para o indivíduo. Ela faz a interlocução com os problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas possuem. Para que a aprendizagem se torne significativa, a construção do conhecimento passa pela problematização. Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos, ideias, compreendendo os processos e propondo soluções. Ao refletir sobre a situação concreta de trabalho, as propostas de soluções passam a ser mais reais, viáveis e, sobretudo, descentralizadas (NUNES et. al., 2008).

Nessa perspectiva a Educação Permanente em Saúde vem contemplar as necessidades de mudanças na atenção à pessoa idosa acompanhadas na Atenção Básica (AB), mais especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Aparecida de Goiânia, tornando-se ferramenta preciosa na reorientação do cuidado, promoção de saúde e prevenção de doenças.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Capacitar os profissionais de saúde da ESF do município de Aparecida de Goiânia, por meio de ações de educação permanente, na atenção integral à saúde da Pessoa Idosa.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver nos profissionais habilidades de ensino-aprendizagem em serviço;
- Aumentar os conhecimentos dos profissionais sobre saúde da pessoa idosa e envelhecimento promovendo o desenvolvimento de atitude empática nos profissionais de saúde frente à pessoa idosa;
- Aumentar os conhecimentos dos profissionais sobre as políticas de saúde da Pessoa Idosa;
- Identificar as necessidades e demandas dos serviços da AB, no atendimento à pessoa idosa nas áreas adscritas;
- Contribuir com os profissionais da ESF para uma atuação interdisciplinar na atenção às pessoas idosas;
- Ampliar a discussão de questões legais e éticas e sobre vulnerabilidades, violências, assistência social, preconceitos e medos em relação à atenção à saúde da pessoa idosa;

## 3 METODOLOGIA DO CURSO

### 3.1 CARGA HORÁRIA E DURAÇÃO

O curso será semipresencial, com duração de um ano e carga horária total de 120 horas, distribuídas para cada momento/etapa, como descritas abaixo:

<b>MOMENTO/ETAPA</b>	<b>CARGA HORÁRIA</b>
1º MOMENTO - Presencial	15h
2º MOMENTO – Dispersão	15h
3º MOMENTO – Presencial	30h
4º MOMENTO – Dispersão	50h
5º MOMENTO – Presencial	10h

### 3.2 ESTRUTURA DO CURSO

O curso de formação em Educação Permanente em saúde da pessoa idosa para os profissionais de saúde da ESF como facilitadores, será estruturado em cinco momentos ou etapas, com três encontros presenciais, intercalados por momentos de dispersão.

Os encontros presenciais possibilitam discussões e sucessivas aproximações ao objeto de estudo, ou seja, ampliação dos conhecimentos sobre práticas de atenção à pessoa idosa do ambiente de trabalho dos facilitadores.

Os momentos de dispersão terão o propósito de subsidiar as práticas de educação permanente em saúde, com base nos problemas identificados e pactuados por cada equipe.

O **1º momento** será um encontro presencial, em que serão abordados temas referentes à atenção à pessoa idosa e metodologias de trabalho. O suporte para a problematização será estabelecido pelas unidades de aprendizagem do curso, que terá como conteúdos básicos:

- Envelhecimento: aspectos biológicos, sociais e culturais;
- A atenção à saúde da pessoa idosa;
- Sistema Único de Saúde;
- Políticas Públicas relacionadas à pessoa idosa: Política Nacional do Idoso, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e Estatuto do Idoso;
- Educação Permanente em saúde;
- Diagnóstico Local: (re)conhecendo suas áreas adscritas: por quê fazê-lo e para quê.

O **2º momento** será a dispersão, em que os profissionais voltarão as suas unidades de saúde e farão o diagnóstico local. Essa ação será essencial para problematizar e sugerir soluções adequadas à realidade de cada equipe. Ao propor ao profissional um novo olhar sobre seu local de atuação, acredita-se que os profissionais se sentirão parte do projeto e se desenvolverão o desejo de transformação.

Para esse processo de diagnóstico serão estabelecidos alguns pontos primordiais que os profissionais deverão estar atentos: perfil (demográfico, sanitário, epidemiológico e social) das pessoas idosas de cada área adscrita, vulnerabilidades

sociais, dificuldades de cuidado às pessoas idosas, o que o setor público dispõe para a pessoa idosa, trabalho em equipe. O surgimento de outros pontos relevantes será considerado importante.

O **3º momento** será presencial e diante do diagnóstico feito pela equipe será proposto conjuntamente a construção do Projeto de Educação Permanente em Saúde da Pessoa Idosa, que será implantado na unidade de origem da equipe.

Essa etapa baseia-se essencialmente na proposta da Educação Permanente em Saúde, que estabelece que a qualificação da equipe, os conteúdos dos cursos e as tecnologias a serem utilizadas devem ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia-a-dia do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada.

O **4º momento** é a volta à ESF para a execução dos projetos. Acredita-se que essa etapa será de fundamental importância para a solução e/ou encaminhamentos para os problemas elencados pela equipe. Espera-se de fato que a equipe se motive e se empenhe.

As ações serão monitoradas pela coordenação da Atenção Básica do município, para que de fato aconteçam.

O **5º e último momento** será presencial novamente, com uma exposição dos resultados alcançados. Pretende-se nesse momento realizar a 1ª Mostra de Experiências Exitosas em Saúde da Pessoa Idosa do Município de Aparecida de Goiânia. Esse fechamento faz referência a uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

Promoção de Cooperação Nacional e Internacional das Experiências na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa: Devem-se fomentar medidas que visem à promoção de cooperação nacional e internacional das experiências bem sucedidas na área do envelhecimento, no que diz respeito à atenção à saúde da pessoa idosa, à formação técnica, à educação em saúde e a pesquisas (BRASIL, 2006a, p.11).

A Educação Permanente em Saúde é um processo, e não uma capacitação estanque. O projeto não se encerra como mais um curso para profissionais da ESF. O profissional é promotor de mudanças. A realização deste projeto busca construir um processo de educação destinado a modificar e a reorientar a prática dos profissionais,

fortalecendo os processos de atenção e de gestão e as parcerias, garantindo a sustentabilidade das ações no município.

#### 4 AVALIAÇÃO

A avaliação a ser realizada não se limita a uma verificação de resultados, e sim o que o profissional agregou de conhecimentos, habilidades, atitudes e a qual a repercussão do curso na sua concepção de educação em saúde e o que mudará em sua prática. Para tanto cada momento terá uma avaliação.

<b>MOMENTO/ETAPA</b>	<b>O QUE AVALIAR</b>	<b>COMO AVALIAR</b>
1º MOMENTO	Conhecimento adquirido	Participação, execução de atividades
2º MOMENTO	Diagnóstico da área adscrita	Verificação dos dados levantados
3º MOMENTO	Elaboração do Projeto	Participação e contribuições na elaboração do projeto
4º MOMENTO	Execução do Projeto	Monitorar a realização das atividades propostas pela equipe
5º MOMENTO	Apresentação do Projeto	Forma de apresentação, os resultados alcançados, o engajamento da equipe.

Espera-se que ao final do curso nossos objetivos sejam alcançados e consigamos de fato proporcionar uma formação aos profissionais, em relação à saúde do idoso, bem como contribuir com ações que visem ao envelhecimento ativo e saudável com enfrentamento das questões vivenciadas na atenção básica.

## REFERÊNCIAS

---

ALENCAR, M. S. S.; LEITE, A. L. I.; MEMORIA, S. V. F.; SOUSA. Percepções dos profissionais da Saúde da Família a respeito da atenção a pessoa idosa em Teresina-PI. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 475-486, 2010.

ANDRADE, L. M.; SENA, E. L. S.; PINHEIRO, G. M. L.; MEIRA, E. M. L.; LIRA, L. S. S. P. Políticas Públicas para pessoas idosas no Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3543-3552, 2013.

ANDRADE, A. T. S.; SAMPAIO, S. P. S.; GOIS, C. F. L.; MATTOS, M. C. T.; CAMPOS, M. P. A.; RESENDE, G. G. S.; SANTOS, L. V. O ensino da enfermagem gerontogeriatrica nas universidades federais brasileiras. **Enfermagem em Foco**. Brasília, v. 4, n. 1, p. 19-23, 2013.

ARAÚJO, M. A. S.; BARBOSA, M. A. Relação entre o profissional de saúde da família e a pessoa idosa. **Escola Anna Nery**. São Paulo, v. 14, n. 4, p. 819-824, 2010.

ARAÚJO, J. L.; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 48, n. 1, p. 200-207, 2012.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: **Edições 70**. 1979.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e sociedade*. São Paulo, vol.20, n.4, p. 884-899, 2011.

BELEI, R. A. PASCHOAL, S. R. G.; NASCIMENTO, E. N.; MATSUMOTO, P. H. V. R. O uso da entrevista, observação e vídeo gravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Educação**, Pelotas: RS, v. 2, n. 30, p. 187-199, 2008.

BELLONI, M. L. Ensaio sobre a educação a distância no Brasil. **Educação e Sociedade**. São Paulo, v. 23, n. 78, p. 117-142, 2002.

BIZ, M. C. P.; MAIA, J. A. Educação permanente na atenção à saúde de idosos. **Revista Kairós**. São Paulo, v. 10, n. 2, p. 123-134, 2007.

BORGES, M. M. M. C.; TELLES, J. L. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 349-360, 2010.

BRANDÃO, H. P. Competências no trabalho: uma análise da produção científica brasileira. **Estudos de Psicologia**. São Paulo, v. 12, n. 2, p. 149-158.

BRANT, R., V. M. Discutindo o conceito de inovação curricular na formação dos profissionais de saúde: o longo caminho para as transformações no ensino médico. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 91-121, 2005.

BRASIL. **Constituição Brasileira (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional da pessoa idosa, cria o Conselho Nacional da pessoa idosa e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez 1994.

\_\_\_\_\_. **Portaria 1.395, de 10 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde da pessoa idosa. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Seção 1, 13 dez 1999, p. 20-24.

\_\_\_\_\_. **Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001**. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 9 nov. 2001.

\_\_\_\_\_. **Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da pessoa idosa e dá outras providências. Diário Oficial União, Brasília, DF. 03 de out 2003.

\_\_\_\_\_. Humaniza SUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. **Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Seção 1, 20 out. 2006a.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Série Pacto Pela Saúde. Brasília, DF, 2006b.

\_\_\_\_\_. **Portaria 158, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Seção 1, 25 de jan 2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Seção 1, 24 de out. 2011, p. 48-55.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de Telessaúde para Atenção Básica/ Atenção Primária à Saúde**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Seção 1, 13 de junho de 2013, p. 59-62.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013**. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Seção 1, 1º outubro de 2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.446 de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial União, Brasília, DF. Seção 1, 13 de novembro de 2014, p. 68.

CACHIONI, M.; NERI, A. L. Educação e gerontologia: desafios e oportunidade. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo, p. 99-115, 2004.

CAMACHO, A. C. L. F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 229-233, 2002.

CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas Públicas para a saúde do Idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 63, n. 2, p. 279-284, 2010

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. Envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. **IPEA**. 2004. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arg\\_16\\_Cap\\_08.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arg_16_Cap_08.pdf)  
Acesso em: 16 jun 2015.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. FERNANDES, D. Envelhecimento populacional, perda de capacidade laboral e Políticas Públicas. **Nota Técnica IPEA**. Mercado de Trabalho, fev. 2013.

CARÁCIO, F. C. C.; CONTERNO, L. O.; OLIVEIRA, M. A. C.; OLIVEIRA, A. C. H.; MARIN, M. J. S.; BRACCIALLI, L. A. D. A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para a atuação em Atenção Primária. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2.133-2142, 2014.

CARNEIRO, T. S. G.; CARNEIRO, P. S.; CHAVES, L. D. P.; FERREIRA, J. B. F.; PINTO, I. C. O pacto pela Saúde na prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde. **Saúde e Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 429-439, 2014.

CARVALHO, C. C.; ROMERO, D.; MARQUES, A. P. Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento e políticas nacionais de saúde do idoso: aproximação e propostas. Trabalho apresentado no XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Águas de Lindóia/SP – Brasil, de 19 a 23 de novembro de 2012.

CASTRO, C. Representação social dos enfermeiros face a pessoa idosa em prestação de cuidado, 2007. Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta, Lisboa, 2007.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CLOSS, V. E.; SHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-458, 2012.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde da pessoa idosa no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 44, n. 2, p. 437-444, 2010.

COSTA, J. R. B.; ROMANO, V. F.; COSTA, R. R.; VITORINO, R. R.; ALVES, L. A.; GOMES, A. P.; BATISTA, R. S. Formação Médica na Estratégia de Saúde da Família: Percepções Discentes. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 387-400, 2012.

COSTA, M. P.; MARQUES, L. F. S.; OLIVEIRA, M. G.; ROCHA, A. A.; PEREIRA, A. P. S.; OLIVEIRA, C. L.; SIQUEIRA, G. S.; SOUZA, M. D.; PAULINO, V. V. Motivação dos profissionais para o ingresso e permanência na Estratégia Saúde da Família. **Convibra Saúde** – Congresso Brasileiro de Educação, gestão e promoção da saúde, 2006. Disponível em: [saude.convibra.com.br](http://saude.convibra.com.br). Acesso em: 02 jun 2015.

COUTINHO, A. T.; POPIM, R. C.; CARREGÃ, K.; SPIRI, W. C. Integralidade do cuidado com o idosa na Estratégia Saúde da Família: visão da equipe. **Escola Anna Nery**. São Paulo, v. 17, n. 4, p. 628-637, 2013.

CUNHA, A. Z. S.; REZENDE, M. S.; WEIGELT, L. D.; KRUG, S. B. F.; FEIL, A. I. Implicações da Educação Permanente no processo de trabalho em Saúde. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 15, n. 4, p. 64-75, 2014.

DELORS, Jacques (Coord.). Os quatro pilares da educação. In: Educação: um tesouro a descobrir. São Paulo: **Cortezo**. 1998. p. 89-102.

DEMO, P. **Educar pela Pesquisa**. Campinas, SP: Autores Associados, 1997.

DIAS, E. F. O envelhecimento Populacional e o direito a Saúde da Pessoa Idosa. **Revista Jurídica Direito, Sociedade e Justiça**. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 4, 2013.

DIOGO, M. J. E. Formação de recursos humanos na área da saúde da pessoa idosa. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 280-282, 2004.

FALEIROS, V. P. Envelhecimento no Brasil do século XXI: transições e desafios. **Argumentum**. Vitória, v. 6, n. 1, p. 6-21, 2014.

FERNANDES, M. T.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção a pessoa idosa no Brasil. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 46, n. 2, p. 1494-1502, 2012.

FITTIPALDI, A. L. M.; ROMANO, V. F.; BARROS, D. C. Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debaté**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 76-87, 2015.

FONSECA, W. L. M. O ensino transversal das bases humanísticas no Curso de Medicina da UNIFOA. Dissertação de Mestrado. Volta Redonda: Centro Universitário de Volta Redonda; 2009.

FONSECA, M. M. A. Saúde da pessoa idosa: Guia pratico para avaliação funcional na Atenção Primária. Dissertação (Mestrado) – **Centro Universitário de Volta Redonda**, 2012.

FRAGOSO, M. H. J. M. **Fortalecendo os Direitos das Pessoas Idosas: A Caminho de uma Convenção**. Coordenação Geral dos Direitos da pessoa idosa. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Presidência da República. 2011. 56 p.

FRANCISCO, K. M. S.; DIAS, P. N.; CASOTTI, C. A.; UEMURA, T. F.; GOMES, D. L. G. Ensino da odontogeriatria nos cursos de graduação no estado da Bahia. **CLIFE ODONTO**. Taubaté, v. 6, n.1, p. 28-35, 2014.

FUZISSAKI, M. A.; CLAPIS, M. J. BASTOS, M. A. R. Consolidação da Política Nacional de Educação Permanente: Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife, v. 8, n. 4, p. 1011-1020, 2014.

GALERA, S. C. O envelhecimento precisa amadurecer. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza, v. 24, n. 3, p. 189-190, 2011.

GIACOMINK, K. Contradições do Estado Brasileiro ante o envelhecimento do seu povo. **ARGUMENTUM**. Vitória, v. 6, n.1, p. 22-33, 2014.

GOMES, M. P. C.; RIBEIRO, V. M. BRNT.; MONTEIRO, D. M.; LEHER, E. M. T.; LOUZADA, R. C. R. O uso de metodologias ativas no ensino de graduação nas ciências sociais e da saúde – avaliação dos estudantes. **Ciência & Educação**. Bauru, v. 16, n. 1, p. 181-198, 2010.

GOMES, K. O.; COTTA, R. M. M.; ARAÚJO, R. M. A.; CHERCHIGLIA, M. L.; MARTINS, T. C. P. Atenção Primária à Saúde – “a menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, sup. 1, p. 881-892, 2011.

GOMES, M. H. A.; SILVEIRA, C. Sobre métodos qualitativos em Saúde Coletiva, ou a falta que faz uma teoria. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, p. 160-165, 2012.

GUARDA, F. R. B.; SILVA, R. N.; TAVRES, R. A. W. Perfil sociodemográficos dos médicos que compõe equipes de saúde da família na Região metropolitana do Recife. **Revista Pan-Amazonônica de Saúde**. Ananindeua, v. 3, n. 2, p. 17-24, 2012.

GUIMARÃES, E. M. P.; MARTIN, S. H.; RABELO, F. C. P. Educação permanente em saúde: desafios e reflexões. **Ciência y Enfermería**. Concepcion, v. 16, n. 2, p. 25-33, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00>. Acesso em: 16 fev 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Cidades. 2014** Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=520140&search=goias|apa recida-de-goiania> Acesso em 20 maio 2015

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Projeção da população, 2015**. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2008/piramide/piramide.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm) Acesso em: 20 maio 2015.

JUNQUEIRA, S. R. Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe. Módulo Político Gestor. Disponível em: [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_9.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_9.pdf) Aceso em: 15 jul 2015.

KLETEMBERG, D. F.; PADILHA, M. I. A autonomia da enfermagem gerontológica no Brasil segundo as pioneiras (1970-1996). **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 709-716, 2011.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Promoção da Saúde a negação da negação. 1 ed. Rio de Janeiro: **Vieira & Lente**, 2004. p. 166.

LEMOS, M.; FONTOURA, M. S. A integração da educação e trabalho na saúde e a Política de Educação Permanente em Saúde do SUS-BA. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v. 33, n. 1, p. 113-120, 2009.

LIMA, P. V. P. S.; KHAN, A. S.; SILVA, L. M. R.; MAYORGA, R. D. O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e os indicadores de saúde da família no Estado do Ceará. 2008. Disponível em: [http://www2.ipece.ce.gov.br/encontro/artigos\\_2008/26.pdf](http://www2.ipece.ce.gov.br/encontro/artigos_2008/26.pdf) Acesso em: 13 jul 2015.

LONGO, P. F.; COLUSSI, E. L. Envelhecimento humano e velhice: espaços e formas dessa temática dentro dos cursos de psicologia do estado do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira Ciências Educação Humana**. Passo Fundo, v. 9, supl. 1, p. 47-58, 2012.

LOPES, E. S. L.; NERI, A. L.; PARK, M. B. Ser avós ou ser pais: Os papéis dos avós na sociedade contemporânea. *Textos sobre Envelhecimento*. IPEA. São Paulo, v.8, n. 2, p. 30-32, 2005.

LOURENÇO, R. A.; MARTINS, C. S. F.; SANCHEZC, M. A.; VERAS, R. P. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 311-318, 2005.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em Saúde. In: Conferência Internacional sobre Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde. Rio de Janeiro, 2010.

MAGALHÃES, K. A. Envelhecimento e cuidado uma abordagem antropológica centrada na visão de agentes comunitários de saúde. Tese de Doutorado. Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Belo Horizonte, 2015,

MARIN, M. J. S.; MARQUES, A. P. M.; FERES, B. O. M.; SARAIVA, A. K. H.; DRUZIAN, S. A atenção à saúde da pessoa idosa: ações e perspectivas dos profissionais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p.245-258, 2008.

MARTINS-MELO, F. R.; LIMA, M. S.; RAMOS JÚNIOR, A. N.; HEUKELBACH, J.; CAMPOS, M. O. C. Modalidade de educação à distância na formação profissional em saúde: Relato de experiência. **Revista Brasileira de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 09, n. 30, p. 89-95, 2014.

MATTOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e ocupações da saúde e o processo de feminização: Tendências e implicações. **Athenea Digital**. São Paulo, v. 13, n. 2, p. 239-244, 2013.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 172-174, 2004.

MEDEIROS, M. Olhando a lua pelo mundo da Rua: representações sociais da experiência de vida de meninos em situação de rua. Tese de Doutorado – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 1999.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA-JUNIOR, C. E. A. Saúde Antropologia e Envelhecimento [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, 209p. Disponível em: <http://booksscielo.org> Acesso em: 13 jul 2015.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33 ed. Petrópolis: Vozes, 2013. 80 p.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10 ed. São Paulo: **HUCITEC**, 2014. 407 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Centros de Referência Especial da Assistência Social – CREAS**. Disponível em: [www.ms.gov.br/assistenciasocial/protecao especial/creas](http://www.ms.gov.br/assistenciasocial/protecao especial/creas).

MORAN, J. Novos desafios na educação: a Internet na educação presencial e virtual, 2001. Disponível em: [http://www.eca.usp.br/prof/moran/site/textos/tecnologias\\_eduacao/novos.pdf](http://www.eca.usp.br/prof/moran/site/textos/tecnologias_eduacao/novos.pdf). Acesso em: 08 jul 2015.

MOTTA, L. B.; ASSIS, M.; STEENHAGEM, C. H. V.; PACHECO, L. C.; RENOR, I.; MENEZES, I. S. Treinamento Interdisciplinar em saúde do Idoso: um modelo de programa adaptado às especificidades do envelhecimento. Rio de Janeiro: **CRDE UnATI-UERJ**, 2005.

MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P.; ASSIS, M. A formação de profissionais para a atenção integral a saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI – UNATI/UERJ. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1143-1151, 2006.

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

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção a pessoa idosa: experiência de três municípios brasileiros. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-786, 2011.

MOYSÉS, S. T.; WATT, R. Promoção de Saúde Bucal – Definições. In: BUISCHI, Y. P. Promoção da Saúde Bucal na Clínica Odontológica. São Paulo: Artes Médicas: EAP – APCD, 2000, cap. 1, p. 01-22.

NICODEMO, D.; GODOI, M.P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**. São Paulo, v. 6, n. 1, p. 40-53, 2010.

NUNES, M. F.; PEREIRA, M. F.; ALVES, R. T. A proposta da educação permanente em saúde na formação de cirurgiões-dentistas em DST/HIV/Aids. **Interface Comunicação Saúde Educação**. Botucatu, v. 12, n. 25, p. 413-420, 2008.

OLIVEIRA, M. A. M. Educação à Distância como estratégia para educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 60, n. 5, p. 585-589, 2007.

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção a pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.44, n. 3, p.774-781, 2010.

OLIVEIRA, M. B.; FREITAS, L. A.; FIALHO, E. M. B.; DUARTE, E. R.; SILVA, N. M. Terceira Idade: velhos conceitos, novos horizontes a partir da feminização da velhice. XIII JORNADA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO – JEPEX 2013 – UFRPE: Recife, 09 a 13 de dezembro. Disponível em: <http://www.eventosufrpe.com.br/2013/cd/resumos/R0978-2.pdf> Acesso em: 15 jul 2015.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. I Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento. Viena: World Health Organization, 1982.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, Madrid 2002. Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guia clínica para atención primaria a las personas mayores**. 3ª ed. Washington: OPAS; 2003.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva. Teoria e Prática. 1 ed. Rio de Janeiro: **MedBook**, 2014.

PASCHOAL, S. M. P.; SALLES, R. F. N.; FRANCO, R. P. Epidemiologia do Envelhecimento. In: CARVALHO, E. T. F.; PAPALEO, M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO/UERJ, IMS, 2001.

PINHEIRO, G. M. L.; ALVAREZ, A. M.; PIRES, D. E. P. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao Idoso na Estratégia Saúde da Família. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2105-2115, 2012.

PREFEITURA DE APARECIDA DE GOIÂNIA. A cidade. Disponível em: [www.aparecida.go.gov.br/cidade.php?/](http://www.aparecida.go.gov.br/cidade.php?/) Acesso em: 15 jun 2015.

RAMOS, D. K. R.; MESQUITA, S. K. C.; GALVÃO, M. C. B.; ENDERS, Paradigmas da saúde e a (des)valorização do cuidado em enfermagem. **Enfermagem em Foco**. Brasília, v. 4, n. 1, p. 41-44, 2013.

ROLDÃO, F. D. Educação permanente de Pessoa idosas: da vulnerabilidade a autonomia. **Revista eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná**. Curitiba, v. 1, n. 1, p. 84-91, 2011.

ROSA, L. B.; ZUCCOLOTTO, M. C. C. BATAGLION, C; CORANATTO, E. A. S. Odontogeriatrics – a Saúde Bucal na Terceira Idade. **Revista da Faculdade de Odontologia - UFP**. Passo Fundo, v. 13, n. 2, p. 82-86, 2008.

ROMEU, G. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio-Linanes de Ensino e Pesquisa, 2014. 45p.

SAINTRAIN, M. V. L.; SOUZA, E. H. A.; CALDAS, A. F. J. Ensino da odontogeriatrics nas faculdades de odontologia do sul e centro-oeste do Brasil: situação atual e perspectivas. **Revista Odonto Ciência**. Porto Alegre, v. 21, n. 53, p. 270-277, 2006.

SANTOS, S. S. C. O ensino da enfermagem gerontogeriatrics e a complexidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 40, n. 2, p. 228-236, 2006.

SANTOS, T. B. Memória Discente e formação docente: análise de relatos de estudantes de pós graduação. **Revista Docência do Ensino Superior**. Belo Horizonte, v. 3, 2013.

SILVA, P. M.; COSTA, G. S.; CRISPIM, Z. A. M. P.; CASTRO, E. A.; CERQUEIRA, M. B. R.; GARIBALDE, E. Percepção de equipes de Saúde Bucal no norte de Minas Gerais sobre a formação de técnicos em saúde bucal do SUS. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.69-85, 2014.

SOUZA, F. N.; COSTA, A. P.; MOREIRA, A.; SOUZA, D. N. WebQDA. Manual do utilizador. **Universidade de Aveiro**. Portugal, 2013.

SOUZA, L.; RIBEIRO, A. P. Prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas: experiências e impactos. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 22, n. 3, p. 866-877, 2013.

TAVARES, D. M. S.; RIBEIRO, K. B.; SILVA, C. C.; MONTANHOLI, L. L. Ensino de gerontologia e geriatrics: uma necessidade para os acadêmicos da área as saúde da Universidade Federal do Triangulo Mineiro. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 7, n. 4, p. 537-545, 2008.

- TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.
- UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849-853, 2003.
- VIANNA, L. G.; VIANNA, C.; BEZERRA, A. J. C. Relação Médico-Paciente pessoa idosa: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 150-159, 2010.
- VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A.; MOTTA, L. B.; LIMA, K. C. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 385-392, 2013.
- VIGNOCHI, C.; BENETTI, C. S.; MACHADO, C. L. B. MANFROI, W. C. Considerações sobre aprendizagem baseada em problemas na educação em saúde. **Revista HCPA**. Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 45-50, 2009.
- WILLING, M. H.; LENARDT, M. H.; MÉIER, M. J. A trajetória das políticas da pessoa idosa no Brasil: Breve análise. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 17, n. 3, p. 574-577, 2012.
- WITT, R. R.; ROOS, M. O.; CARVALHO, N. M.; SILVA, A. M.; RODRIGUES, C. D. S.; SANTOS, M. T. Competências profissionais para o atendimento de Pessoa idosas em Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v 48, n. 6, p. 1020-1025, 2014.

## APÊNDICES

---

### APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1-Fale sobre seu processo de formação em relação á saúde da pessoa idosa.
- 2- Fale sobre as Políticas voltadas à pessoa idosa
- 3- Na sua opinião, o que o profissional precisa para atender uma população idosa?
- 4- Fale sobre seu atendimento à pessoa idosa

**APÊNDICE B - ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA CONCEDIDA  
PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APARECIDA DE GOIÂNIA**



Aparecida de Goiânia, 14 de maio de 2014

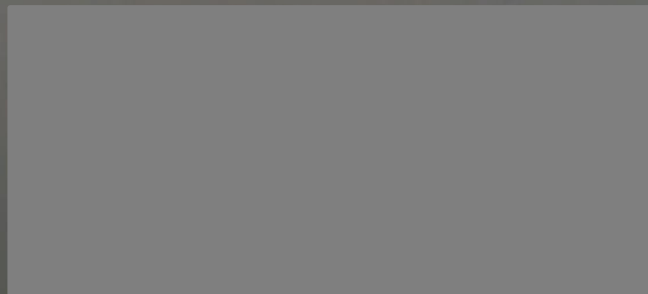
**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

Declaro para os devidos fins, estar ciente da realização da Pesquisa "Saúde do Idoso: a formação dos profissionais de saúde da Atenção Básica". O presente estudo visa compreender e analisar a formação dos profissionais de saúde sobre saúde do idoso, e será desenvolvida na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Aparecida de Goiânia.

O projeto será desenvolvido pela pesquisadora Bruna Aniele Cota, do Programa de Mestrado Profissional Ensino na Saúde da Universidade Federal de Goiás. O projeto será conduzido sob responsabilidade da professora/orientadora, Dra. Maria de Fatima Nunes.

Declaramos que o estudo deve atender ao dispositivo da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, isto é, respeito à dignidade, liberdade, segurança, bem estar e privacidade dos participantes.

Assim autorizo sua execução.



## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Após você ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a participar você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar a pesquisadora responsável: Bruna Aniele Cota, pelos telefones: (62) 8585-0908 e 3545-6070, inclusive ligando a cobrar.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

**Título do Projeto:** Saúde da Pessoa Idosa: A formação dos profissionais de saúde da Atenção Básica.

**Pesquisadora Responsável:** Bruna Aniele Cota – Aluna de pós-graduação do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, Nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Aparecida de Goiânia, atualmente coordenadora do Programa Saúde da Pessoa Idosa. A pesquisa tem a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Nunes, da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás (FO/UFG) (Fones: 3209- 6417). Esta pesquisa tem como objetivo compreender o processo de formação dos profissionais de saúde, de nível superior, que atuam na Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Aparecida de Goiânia, sobre a saúde da pessoa idosa.

Caso você aceite fazer parte da pesquisa, você deverá assinar esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que estará em duas vias: uma para você guardar e outra para ser entregue à pesquisadora. Após esse momento iniciaremos a pesquisa através da entrevista semi estruturada com questões norteadoras, que visão compreender seu processo de formação acadêmica e prática profissional.

As considerações que fizer, serão gravadas (áudio) e em seguida transcritas para análise e quando citadas em artigos, documentos, apresentações científicas e aulas, a referência à citação será feita por nomes fictícios, assim sendo você não será identificado. Você tem a nossa garantia de que seu consentimento não lhe trará nenhum prejuízo e que poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento. O risco de

você participar dessa pesquisa refere-se ao fato de poder se sentir constrangido (a) em dar as respostas. Você poderá esclarecer suas dúvidas com a pesquisadora e receberá todo suporte caso ocorra alguma intercorrência. Espera-se que os resultados forneçam subsídios para melhor e qualificar a atuação dos profissionais referente a saúde da pessoa idosa . Os resultados do trabalho comporão a dissertação de mestrado da pesquisadora e serão divulgados em eventos científicos, junto à SMS e FM/UFG e publicados em revista científica.

### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, RG/CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Saúde da Pessoa Idosa: A formação dos profissionais de saúde de Atenção Básica do município de Aparecida de Goiânia”, como sujeito. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do sujeito: \_\_\_\_\_

### APÊNDICE D – QUADRO COM PERFIL DOS PROFISSIONAIS

PARTICIPANTE	GÊNERO	TEMPO DE FORMADO	TEMPO DE AB	Instituição
E1	Feminino	3 anos	3 anos	Pública
E2	Feminino	4 anos	2 anos	Privada
E3	Feminino	2 anos	1 ano e 6 meses	Pública
E4	Feminino	7 anos	6 anos e 6 meses	Pública
E5	Feminino	10 anos	9 anos e 6 meses	Privada
E6	Feminino	6 anos	5 anos	Privada
E7	Masculino	6 meses	6 meses	Privada
E8	Feminino	4 anos	11 meses	Pública
E9	Feminino	2 anos	2 anos	Privada
E10	Feminino	2 anos	1 ano e 8 meses	Pública
E11	Feminino	6 anos	2 anos	Pública
E12	Masculino	2 anos	2 anos	Pública
E13	Feminino	17 anos	16 anos	Privada
E14	Feminino	6 anos	5 anos	Privada
CD1	Feminino	2 anos	2 anos	Privada
CD2	Masculino	3 anos	6 meses	Pública
CD3	Feminino	7 anos	5 anos	Pública
CD4	Feminino	4 anos	6 meses	Pública
CD5	Feminino	12 anos	8 anos	Pública
CD6	Feminino	8 anos	2 anos	Privada
CD7	Feminino	4 anos	4 anos	Privada
CD8	Masculino	5 anos	6 meses	Privada
CD9	Feminino	4 anos e 6 meses	8 meses	Privada
M1	Masculino	1 ano 6 meses	1 ano 6 meses	Pública
M2	Masculino	1 ano 5 meses	11 meses	Privada
M3	Masculino	1 ano 5 meses	11 meses	Privada
M4	Masculino	1 ano 6 meses	1 ano 6 meses	Privada
M5	Feminino	40 anos	16 anos	Pública
M6	Masculino	4 anos	11 meses	Pública
M7	Feminino	1 ano	11 meses	Privada
M8	Masculino	3 anos	11 meses	Pública

## ANEXO

### ANEXO 1 – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - GO



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Saúde do idoso: a formação do profissional de saúde da atenção básica

**Pesquisador:** Bruna Aniele Cota

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 34063814.6.0000.5078

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS

**Patrocinador Principal:** FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE GOIAS

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 849.791

**Data da Relatoria:** 19/10/2014

##### Apresentação do Projeto:

Cuidar do idoso é uma das tarefas desempenhadas por alguns dos profissionais de saúde que atuam no Programa Estratégia Saúde da Família. Para o desempenho destas funções, o ideal é que o profissional seja preparado de forma adequada, o que nem sempre é possível. Este projeto de pesquisa busca compreender o processo de formação desses profissionais e analisar se estão adequadamente preparados para tais atividades, e as estratégias adotadas pelos Serviços de Saúde para cuidarem do idoso, população cada vez mais numerosa em nosso país. A elaboração do projeto está adequada e atende às exigências da Resolução 466/2012

##### Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos buscam, além de conhecer a formação desses profissionais, esclarecer, na visão dos mesmos, as competências necessárias para que desenvolvam um trabalho adequado de atenção ao idoso.

Objetivos claros e que respondem à pergunta central do problema, que é: Os profissionais de saúde estão devidamente preparados para atender ao idoso?

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos (mínimos) e os benefícios foram devidamente informados.

##### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante por se tratar de população cada dia mais numerosa em nosso país, e que a cada

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica  
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020  
UF: GO Município: GOIANIA  
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephcufig@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 849.791

ano exige mais atenção e cuidados da atenção básica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados e, na versão atual do TCLE foram introduzidas alterações que atendem às determinações da Resolução 466/2012 da CONEP. Os curriculuns dos pesquisadores demonstram suas competências para desenvolverem o estudo.

**Recomendações:**

Adequar o cronograma para início apenas após liberação deste parecer pelo CEP HC/UFG

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG - CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Após início, o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, via Plataforma Brasil, relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações. O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica  
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020  
UF: GO Município: GOIANIA  
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephcufg@yahoo.com.br