

Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso: um modelo de programa adaptado às especificidades do envelhecimento

LUCIANA BRANCO DA MOTTA

Colaboradores:
Mônica de Assis
Cláudia Helena Vigni de Steenhagen
Liliane Carvalho Pacheco
Ivone Renor
Isis Menezes
Teresinha Mello da Silveira
Glória Maria Castilho

SUMÁRIO:

CAPÍTULO 1:	Introdução	
CAPÍTULO 2:	Panorama do Envelhecimento no Brasil	
	2.1 _ Concepções acerca do Envelhecimento	
	2.2 _ Os Idosos Brasileiros: Demografia, Epidemiologia e Assistência à Saúde	
CAPÍTULO 3:	A Constituição da Geriatria e Gerontologia como Campos de Conhecimento e Práticas	
	3.1 _ A Geriatria e Gerontologia como Conhecimento	
	3.2 _ A Geriatria e Gerontologia como Práticas	
CAPÍTULO 4:	As Políticas de Atenção aos Idosos	
	4.1 _ Envelhecimento Ativo _ Um Projeto de Política de Saúde	
	4.2 _ As Políticas Intersetoriais A Política Nacional do Idoso O Estatuto do Idoso	
	4.3 _ O Idoso no Contexto da Universalização da Atenção à Saúde A Política Nacional de Saúde do Idoso Atenção à Saúde para os Idosos O Programa de Saúde da Família	
CAPÍTULO 5:	A Formação de Recursos Humanos em Saúde do Idoso _ O Caso da Medicina	
	5.1 _ Definições do Campo de Estudo: Currículo, Competências Profissionais e Interdisciplinaridade	
	5.2 _ A Graduação Médica 5.2.1 _ As Diretrizes Curriculares 5.2.2 _ A Geriatria e Gerontologia na Graduação Médica 5.2.3 _ Características da Formação Profissional Desejável para a Graduação Médica em Geriatria e Gerontologia	
	5.3 _ A Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i> 5.3.1 _ A Especialização Médica 5.3.2 _ A Residência Médica 5.3.3 _ A Pós-graduação em Geriatria e Gerontologia no Brasil 5.3.4 _ Características da Formação Profissional Desejável para a Pós-graduação em Geriatria e Gerontologia	
	5.4 _ A Educação Continuada e a Educação Permanente	
CAPÍTULO 6:	Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso NAI/UnATI: um modelo que busca se adequar às especificidades do envelhecimento	
	6.1 _ O Campo de Treinamento _ NAI	
	6.2 _ Princípios teórico-metodológicos	
	6.3 _ A Educação Gerontológica	
	6.4 _ Objetivos	
	6.5 _ Modalidades de Treinamento A) Estágio supervisionado	

	B) Bolsistas de Extensão e Estágio Interno Curricular C) Residência D) Treinamento Profissional em Saúde do Idoso E) Especialização em geriatria e Gerontologia/UnATI	
	6.6_ Atividades Desenvolvidas	
	6.7_ “ Introdução à Saúde do Idoso” _ Curso de Aperfeiçoamento Profissional	
CAPÍTULO 7:	Considerações Finais	
BIBLIOGRAFIA		
ANEXOS		
	Anexo 1_ Competências na Graduação Quadro 1: Geriatric Education: a Team Approach Quadro 2: Core Content of the Undergraduate Curriculum in Elderly Care Medicine / Core Competencies for the Care of Older Patients	
	Anexo 2_ Competências na Pós-Graduação Lato Sensu Quadro 3: Curriculum Recommendations for Resident Training in Geriatrics Interdisciplinary Team Care / Curriculum Guidelines on the Care of the Elderly for Internal Medicine Residency Training Programs Quadro 4: Resolução 2002 da CNRM para Programa de Clínica Médica e Medicina de Família e Comunidade Quadro 5: Abordagem do Idoso em Programas de Saúde da Família Quadro 6: Higher Medical Training Curriculum for Geriatric Medicine Quadro 7: Proposta de programa de Residência Médica - SBGG Quadro 8: Resoluções da CNRM para Programa de Geriatria e Gerontologia Quadro 9: Atividades desenvolvidas no Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso/NAI	
	Anexo 3: Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso _ conhecimentos, habilidades e avaliação por área de treinamento prático	
	Anexo 4: Programa Teórico do Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso _ por área específica de conhecimento	
	Anexo 5: Curso De Introdução À Saúde Do Idoso	
	Anexo 6: Instrumentos de avaliação	
	Anexo 7: Metodologia do Estudo de Caso	

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO

Como especialista em Geriatria e Gerontologia, tenho trabalhado com a temática do envelhecimento desde o início dos anos 90, quando foi criado o Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) e, posteriormente, na Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Participei da construção dos projetos assistenciais vinculados à UnATI, que incluem promoção e educação em saúde, ambulatório especializado, atendimento hospitalar e acompanhamento domiciliar; e da formulação de seu projeto de formação de recursos humanos, o Programa de Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso, coordenando o Programa de Residência Médica (RM) em Geriatria e Gerontologia do HUPE / UERJ desde seu início, em 1997.

O Programa de RM em Geriatria e Gerontologia foi credenciado pelo Ministério da Educação (MEC) em 1999 e há dois anos integra o Programa de Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso. Neste período, pude analisar o conteúdo teórico e as práticas desenvolvidas no treinamento, de acordo com as normas do credenciamento e as peculiaridades do desenvolvimento dos alunos do programa, nas suas habilidades e competências para lidar com as especificidades desta população. Essa análise informa as premissas desse trabalho.

Assim, tornou-se, para mim, clara a dissociação entre a formação médica tradicional e o conteúdo teórico e prático necessários para se fazer frente às demandas em saúde, inerentes ao processo do envelhecimento no Brasil.

A premissa é que existe uma distância marcante entre, por um lado, os conteúdos necessários à boa prática geriátrica e as diretrizes das políticas de saúde e educação e, por outro lado, o currículo atual da graduação e da pós-graduação, no contexto do envelhecimento da população brasileira. Os profissionais médicos, principalmente os que trabalham na atenção básica e os especialistas em geriatria, terão cada vez mais papel fundamental no sistema de saúde, público e privado, frente ao aumento do número de idosos brasileiros. Mas, para que estes profissionais possam atuar de forma adequada, é necessário moldar a sua formação a partir da realidade das necessidades de saúde da população idosa. Tal é a justificativa do interesse deste trabalho, que se propõe a analisar esta formação, e apontar caminhos para seu aprimoramento, a partir da literatura disponível.

O Brasil passa por um processo de envelhecimento populacional marcante. Porém, a discussão sobre idosos e envelhecimento é insuficiente, apesar de a Política Nacional do Idoso (PNI), que irei detalhar em seguida, dispor sobre a necessidade de sua ampliação, via inclusão do tema em todos os níveis de escolarização. Na área da saúde, a implantação da PNI implica em ampliar conteúdos específicos na graduação, na pós-graduação e na educação permanente. Além disto, é importante sua inclusão na preparação de profissionais em geral, para a atenção básica e Programa de

Saúde da Família (PSF), já que estes terão necessariamente que, cada vez mais, atender a população idosa.

A frágil introdução destes conteúdos nos currículos de graduação, em vários campos da saúde e não só na medicina, fazem com que a especialização nesta área enfrente hoje um desafio maior. Os profissionais de saúde recém-egressos das faculdades não dispõem das competências mínimas que permitam o desenvolvimento deste trabalho. Estes profissionais, principalmente os da atenção básica e PSF, precisam ser apresentados a estes conceitos ainda na graduação, assim como serem treinados na identificação precoce das situações de risco para a fragilização¹, assim como das medidas preventivas e de suporte que se fazem necessárias, e na prática do trabalho em equipe.

A prática do trabalho em equipe, na construção deste corpo de saber conjunto que caracteriza a gerontologia (disciplina que estuda o envelhecimento), há de ser moldada na busca da uma formação estruturada, multiprofissional e interdisciplinar. O conteúdo do ensino da geriatria como especialidade médica, tanto na graduação quanto na pós-graduação, restrita ao estudo das patologias mais prevalentes e/ou ao processo biológico do envelhecimento não é capaz de formar um profissional apto a cumprir o seu papel no sistema de saúde. Há que se problematizar a relação entre a geriatria e a gerontologia, observando-se sua indissociabilidade para viabilizar a atenção integral à saúde do idoso, o que farei a seguir.

A saúde do idoso vem sendo incluída em alguns poucos cursos de graduação como disciplina ou módulo, apesar de constar das novas diretrizes curriculares como competências e habilidades no entendimento do processo saúde-doença dentro das diversas fases da vida.

Um modelo de trabalho voltado para o enfrentamento das questões de saúde/adoecimento desta população extrapola o modelo biomédico. Este modelo caracteriza-se pelo reducionismo, ao tratar fenômenos complexos como princípios primários simples, e pelo dualismo mente-corpo (ENGEL, 1977). Ele se foca no estudo da doença, onde os aspectos sociais, econômicos e subjetivos do processo de saúde-doença não são enfatizados.

A população idosa apresenta inúmeras patologias crônicas, degenerativas, que trazem alta dependência, e que demandam aprofundamento de conceitos como prevenção, paliativismo, suporte, apoio, e não apenas cura. Ao profissional cabe trabalhar não só com o paciente, mas com sua família e/ou cuidadores, tendo o enfrentamento da morte ou da incapacidade como situações comuns. O papel do profissional de saúde há de ser discutido e compreendido à luz do conhecimento sobre envelhecimento proveniente do estudo da gerontologia. A absorção de conceitos específicos como síndromes geriátricas, prevenção, reabilitação, fragilidade, independência² e autonomia³ entre outros,

¹ Fragilidade: conceito ligado ao risco de perda de autonomia e independência, ao risco de institucionalização.

² Independência: refere-se a capacidade de executar tarefas sem ajuda

³ Autonomia: capacidade de autodeterminação

que não fazem parte habitualmente dos conceitos ensinados durante a formação profissional, é fundamental para a prática e para a proposição de condutas adequadas.

Em relação à Pós-Graduação (PG), os cursos de especialização são em sua maioria teóricos. O formato da Residência Médica (RM) como treinamento em serviço é estratégico pela sua ênfase na prática. Segundo a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), existem 39 vagas por ano no país (2005). Porém, a RM não carece apenas de aumento do número de vagas. Por formar geriatras, médicos especialistas com formação biomédica, necessita de ser adequada às especificidades da população idosa brasileira, com um aprofundamento da discussão qualitativa sobre o processo ensino-aprendizagem e o currículo. Os cursos de especialização e programas de RM estão concentrados no eixo sul-sudeste do país (SBGG, 2005). Torna-se importante uma avaliação sobre a distribuição destas vagas junto à demanda existente no SUS. Apesar da escassez de vagas, o formato da especialização através da RM tem como potencial a integração entre teoria e prática, através do trabalho de equipe, em situações concretas de prestação de serviços, contrapondo-se ao treinamento somente teórico, que não permite vivência da abordagem ao idoso, debate interdisciplinar, nem a experiência clínica.

Este trabalho se organiza a partir da minha dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro em 2004 e, visa a discutir as características da formação médica frente ao processo de envelhecimento, suas especificidades, o processo saúde-doença e a atenção à saúde do idoso, de forma a sistematizar conteúdos e práticas necessários aos profissionais de saúde para atender essa população. Apresento uma análise da formação médica na área de saúde do idoso à luz das mudanças propostas para a educação médica pelas novas Diretrizes Curriculares, pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), e da Organização Mundial de Saúde (OMS), confrontando com as especificidades do processo de envelhecimento e as peculiaridades deste processo no Brasil. Ao final é apresentado o Programa de Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso, desenvolvido pela equipe do Núcleo de Atenção ao Idoso, como um exemplo que estimula a discussão de como, mesmo se respeitando as especificidades de cada área é possível se criar um espaço de treinamento prático onde a interdisciplinaridade, a integralidade e o cuidado sejam as bases.

O trabalho se organiza em sete capítulos. No *Capítulo 1* introduzo o problema contextualizando a formação do profissional médico no campo de saúde do idoso. No *Capítulo 2* faço discussão acerca da concepção de envelhecimento, e uma análise demográfica e epidemiológica do envelhecimento populacional e das características da assistência à saúde dos idosos brasileiros. O *Capítulo 3* trata das políticas de atenção ao idoso, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS),

a Política Nacional do Idoso (PNI), o Estatuto do Idoso, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), incluindo a atenção ao idoso no Sistema Único de Saúde (SUS) e o papel do Programa de Saúde da Família (PSF). No *Capítulo 4* desenvolvo os conceitos de geriatria e gerontologia em seus aspectos teóricos e práticos, se reportando às especificidades da formação profissional para a área. O *Capítulo 5* corresponde à sistematização da literatura sobre formação de recursos humanos no campo da Geriatria e Gerontologia, para os profissionais médicos, desde a graduação, passando pela educação permanente e continuada e pós-graduação *lato sensu*. No *Capítulo 6* apresento o Programa de Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso desenvolvido pelo NAI, como exemplo de iniciativa que avança em vários pontos salientados na literatura, representando um trabalho conjunto entre todos os componentes da equipe. No *Capítulo 7* faço considerações finais e sugestões para a formação profissional e para pesquisas ulteriores.

CAPÍTULO 2: PANORAMA DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL

2.1 _ Concepções acerca do Envelhecimento

O processo de envelhecimento e sua conceituação são complexos e demandam uma abordagem multidisciplinar.

“Na maior parte dos seres vivos, e em particular nos seres humanos, este processo não permite definições fáceis, não se resumindo a uma simples passagem do tempo, sendo um processo dinâmico, progressivo e irreversível, caracterizado por manifestações variadas nos campos biológicos, psíquicos e sociais”. (MARTÍNEZ, 1994).

É necessário problematizar o que chamamos de pessoa idosa ou velha, ou que está na terceira idade, distinguindo, inicialmente, idade cronológica e idade biológica. A *idade cronológica* é o tempo transcorrido a partir de um momento específico: a data de nascimento do indivíduo. Esta medida, apesar de simples, tem sentido apenas legal ou social: os eventos biológicos ocorrem no tempo, mas não necessariamente devido à sua passagem, pois acontecem em momentos e ritmos diferentes em cada indivíduo. O processo de envelhecimento é marcado por fatores sócio-econômicos, por fatores ambientais e pelo aparecimento de enfermidades, sendo influenciado não apenas pela idade, mas, em grande medida, pelo modo como o indivíduo vive e as relações que estabelece.

É provável que as mudanças biológicas relacionadas à idade comecem em diferentes partes do corpo em momentos diferentes, e que o ritmo de mudanças varie entre células, tecidos e órgãos, bem

como de pessoa para pessoa. Ao contrário do envelhecimento cronológico, o envelhecimento biológico implica em difícil medição das mudanças associadas à idade. Segundo Hayflick (1996), apesar de já terem sido propostas várias medidas biológicas que pudessem prever o ritmo do envelhecimento humano, não se alcançou uma boa medida da idade biológica. Isto se deve à grande variabilidade individual dos possíveis marcadores. Apesar da *idade biológica* ser mais informativa que a cronológica, ela não tem, ainda, como ser medida de forma acurada.

O processo de envelhecimento extrapola a biologia e perpassa todos os aspectos da vida de um indivíduo. Com o tempo, mudam as dimensões *psíquicas* da pessoa, mudanças decorrentes de um acúmulo de experiência de vida. Tais experiências são o resultado dos acontecimentos vividos e de sua elaboração, e comportam paradoxos, sendo potencialmente produtivas, mesmo no caso de vivências afetivamente negativas como a aposentadoria e as perdas de vínculos por afastamento ou morte. O comportamento de uma pessoa diante de determinadas situações está de acordo com os hábitos, gostos e estilo de vida adquiridos e elaborados ao longo dos anos. Assim a capacidade de adaptação às perdas e outras mudanças durante a vida determinam grandemente a capacidade de adaptação do indivíduo à idade avançada.

Do ponto de vista *sócio-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 a cada idade funções adequadas 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, sendo portanto, o indivíduo, receptor e emissor de valores que podem ser modificados. Os idosos estariam passando por um momento de mudança cultural, onde as referências transformam-se: o indivíduo idoso começa a exercer um papel como ator social onde as expectativas do envelhecimento e da velhice alcançam novas dimensões (FERICGLA, 1992).

Nas sociedades ocidentais, o envelhecimento é influenciado pela inserção do indivíduo no processo de produção, consumo e dos ritmos impostos pela industrialização. A tradição e experiência do trabalhador mais velho são desvalorizadas frente à flexibilidade e rapidez do acúmulo de conhecimento, onde a necessidade constante de renovação coloca os indivíduos numa posição de valores inversa com a idade. Também a aposentadoria vem, em geral, acompanhada de perdas das relações e prestígio social, auto-estima, benefícios econômicos, estando associada com uma marginalização cultural e econômica.

A própria percepção da idade e suas potencialidades influem nos mecanismos de adaptação que conduzem ao envelhecimento com êxito. A *idade funcional* é a resultante da interação entre a herança genética e os elementos do meio ambiente, incluindo o cultural. Esta interação origina, em cada indivíduo, uma experiência diferenciada de envelhecimento, com resultantes na saúde física,

orgânica, funcional e psicológica. Alimentação, educação, trabalho e relações sociais condicionam as possibilidades de cada ser para desenvolver-se com êxito ou não. A idade funcional é o reflexo mais fiel da integridade do indivíduo durante o processo de envelhecimento. Este conceito é utilizado na geriatria como *capacidade funcional*, isto é, a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Quando, na avaliação de um indivíduo idoso, utilizam-se escalas que medem a capacidade de adaptação e interação com o meio, mais do que a idade cronológica (ou o somatório de morbididades), objetiva-se definir a necessidade de cuidado visando à identificação de problemas e a programação de sua terapêutica no sentido da prevenção, reabilitação e acompanhamento.

Então, tendo em vista o exposto, o que é envelhecer? Epidemiologicamente pode-se considerar o envelhecimento como o conjunto de processos que contribuem para aumentar progressivamente a taxa de mortalidade específica para a idade. Não é, em si, um processo patológico porque enquanto envelhecemos experimentamos mudanças normais e esperadas. Mas a probabilidade de adoecer aumenta com a idade, porque estas mudanças nos tornam mais vulneráveis a várias doenças.

O envelhecimento, do ponto de vista biológico, é processo multifatorial, abrangendo desde o nível molecular ao morfo-fisiológico, com importante modulação do meio sobre o conteúdo genético, influenciado por modificações psicológicas, funcionais e sociais que ocorrem com o passar do tempo.

Do ponto de vista genético, a modificação do fenótipo⁴ de cada indivíduo com o passar do tempo, em processo preestabelecido de modificações de acordo com a idade ou como resultado de mudanças devidas ao ambiente, explicaria a grande variabilidade entre as pessoas, já que o ambiente não é constante, e as modificações ocorrerem ao acaso. (JECKEL-NETO, 2001).

O processo biológico de envelhecimento se caracteriza pela perda progressiva da capacidade de adaptação do organismo. Os mecanismos homeostáticos⁵ do idoso, responsáveis pelo equilíbrio no meio interno frente a modificações no meio interno e externo, se alentecem, diminuindo progressivamente em sensibilidade e amplitude até o ponto no qual sua ação é ineficaz e o equilíbrio se rompe. Por exemplo, as alterações encontradas no envelhecimento renal mostram que, apesar de uma importante redução do número de glomérulos funcionais, o metabolismo renal é mantido. Porém, a resposta a uma situação de estresse como a desidratação, ou o uso de medicações tóxicas, levam rapidamente à perda de função renal, mesmo com a correção do mecanismo causador. Ou seja, fisiologicamente, em repouso não existe diferença marcante entre jovens e idosos, mantendo-se o equilíbrio até idades muito avançadas. Porém, quando há uma situação de aumento da demanda fisiológica como no exercício ou doença, é necessária a entrada em funcionamento dos mecanismos

⁴ Fenótipo: refere-se a expressão externa do conteúdo genético do DNA de cada indivíduo.

⁵ Homeostasia: refere-se aos mecanismos de equilíbrio entre processos funcionais em um organismo

reguladores para retornar a situação basal. O idoso é mais lento e custa mais a recobrar o ponto inicial.

Do ponto de vista psicossocial, hoje, utilizam-se conceitos de saúde ampliada, como a qualidade de vida. O que neste enfoque seria importante para a saúde desta população específica? Alguns estudos, como “The Bonn Longitudinal Study of Aging” (citado por NERI, 1993), identificam dados relacionados ao ajustamento e satisfação na velhice. Relacionados à sensação de bem-estar aparecem: a saúde biológica; a satisfação familiar; as interações familiares e sociais, atividades desempenhadas e satisfação na vida; a situação econômica e psicológica; a capacidade de iniciar e manter relações sociais; e a auto-avaliação de sua situação, a saúde percebida e a forma de lidar com os problemas de saúde.

A análise destes dados desvela um conjunto de conteúdos fundamentais para quem vai trabalhar junto a esta população, ressaltando a importância da atenção integral à saúde no trabalho em equipe. É de fundamental importância que o profissional de saúde compreenda a especificidade brasileira em todos os seus campos, do simbólico ao social, ocupacional, da saúde e qualidade de vida, integrando os conhecimentos da geriatria e gerontologia a partir das necessidades da população idosa brasileira, cujas principais características descrevo a seguir.

2.2 _ Os Idosos Brasileiros: Demografia, Epidemiologia e Assistência à Saúde.

O Brasil apresentou nos últimos 50 anos um processo de envelhecimento populacional significativo, resultante da queda da taxa de natalidade e redução dos índices de mortalidade. O Brasil tem cerca de 179 milhões de habitantes, sendo 9,5% da população com mais de 60 anos (IDB-2004). Uma série histórica deixa claro este processo: em 1900 a população com 60 anos ou mais era de 3,3%, em 1940 era de 4,1%, em 1980 de 5,4% e em 1997 de 8,6%. A estimativa existente é que em 2025 o país tenha cerca de 32 milhões de habitantes acima de 60 anos, com 8,1 % desta população entre 60 e 69 anos e 5,7% com 70 anos ou mais (IBGE, 2001). O crescimento proporcional será maior nas faixas etárias mais avançadas (80 anos ou mais). A Tabela 1 exemplifica a evolução:

TABELA 1: PERCENTUAL DA POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA

ANO	60 A 69 ANOS	70 A 79 ANOS	80 ANOS OU MAIS
1950	2,79%	1,05%	0,4%
1994	4,3%	2,1%	0,7%
1996	4,5%	2,3%	0,9%
2000	4,8%	2,6%	1,07%

Fonte: IBGE, 2003

O número médio de anos de vida esperados ao se alcançar 60 anos (expectativa de vida aos 60 anos) vem aumentando progressivamente, caracterizando o envelhecimento populacional, em 1997 era de 15,74 anos para homens e 19,05 para mulheres, em 2003 era de 16,21 anos para os homens e 19,78 anos para as mulheres em média. O Índice de Envelhecimento, que representa o número de idosos para cada 100 indivíduos jovens, também explicita este processo. Em 1997 era de 28,1%, em 1999 era de 30,7% e em 2001 de 35,4% (DATASUS, IDB 2004).

A partir do Censo 2000 (IBGE) podemos apontar algumas características da população acima de 60 anos, distribuição por sexo, estado civil e escolaridade: observa-se um predomínio feminino, de viúvas, urbanas e com escolaridade baixa. O fato de a mulher ter uma maior longevidade a coloca numa posição de grande exposição a deficiências físicas e mentais e às doenças degenerativas. Estes dados as colocam em situação de especial necessidade de suporte.

As transformações na sociedade brasileira como a preponderância de famílias nucleares, as migrações, as separações de casais e a maior inserção da mulher no mercado de trabalho, trazem conseqüências importantes para o idoso, já que a família continua sendo a principal fonte de suporte social. Do ponto de vista estritamente econômico, porém, a PNAD 1998 (CAMARANO, 2002) indica que as famílias que incluem idosos estão, em média, em melhor condição econômica que as demais. As altas taxas de desemprego e subemprego das populações mais jovens colocam os idosos freqüentemente na situação de provedores de apoio material para as gerações subseqüentes. Os benefícios da aposentadoria, incluindo dos trabalhadores rurais, apesar de exíguos, são importantes inclusive pela sua regularidade. Em um terço das famílias que incluíam idosos em sua composição, estes contribuíam com cerca de 50% da renda familiar. Além disto, existe uma proporção de adultos vivendo em famílias chefiadas por idosos, o que representa um movimento de retorno para a casa paterna ou materna como estratégia de sobrevivência. Na PNAD 1999 (IBGE, 2001) observamos que 64,5% das pessoas de referência nos domicílios (os chamados “chefes de família”) eram maiores de 60 anos, entre estes 63,2% eram homens e 36,8 % mulheres.

Trabalho sobre a situação econômica dos idosos brasileiros utilizando a PNAD 1997, Barros (1999) destaca que a chamada linha da pobreza desconsidera hábitos e necessidades específicas desta população, não servindo como base para uma análise real da sua situação. Seu cálculo não considera a maior prevalência de doenças crônicas, por exemplo, com o conseqüente consumo maior de medicamentos ou a necessidade de cuidado por situações de dependência física ou mental.

Os indicadores de saúde desta população mostram que a mortalidade e a morbidade aumentam com a idade e são devidas predominantemente às doenças degenerativas. As doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório são as principais causas de óbito em maiores de 60 anos, sendo porém ainda alta a proporção de óbitos por causas mal definidas, o que reflete a precária assistência médica e a reduzida qualidade da informação (CAMARANO,

1999). Lima-Costa, Guerra, Barreto e Guimarães (2000) apontam a existência de causas de óbito, não habituais em adultos jovens, como a desnutrição em 29% dos homens acima de 60 anos (excluídas as regiões norte e nordeste) e as quedas nas mulheres (12,7%) que requerem abordagem específica.

O processo de envelhecimento no Brasil, apesar de ser um fato concreto, é ainda pouco estudado. Qualidade de vida, expectativa de vida sem incapacidade, capacidade funcional⁶, autonomia e independência são indicadores que podem ser mais informativos que as estatísticas de morbidades, mas não são regularmente registrados ou produzidos nos diversos níveis do sistema de saúde. Estudo realizado em São Paulo em 1993, citado no Programa de Saúde do Idoso/MS, demonstrou que entre os idosos pesquisados, 86% mencionavam pelo menos uma enfermidade crônica, e 14% mencionavam pelo menos cinco, 42% necessitavam de ajuda para realizar pelo menos uma das atividades de vida diária (AVD)⁷ e 7% mostraram alta dependência. Estas questões não aparecem nas estatísticas brasileiras corretamente⁸, assim como as síndromes geriátricas⁹, de grande impacto social e econômico, que são desconhecidas de muitos profissionais e assim sub-diagnosticadas (CHAIMOWIZ, 1997).

Ramos (2003) aponta a importância da avaliação da capacidade funcional como novo paradigma da saúde pública frente ao envelhecimento, onde o conceito de saúde se modifica para a manutenção da autonomia, independente da presença de doenças crônicas controladas. Isto é, envelhecimento saudável é entendido como a interação entre saúde física, mental, independência nas AVD, integração social, suporte familiar e independência econômica. Vários instrumentos foram desenvolvidos para a avaliação da capacidade funcional e incluem fatores sócio-demográficos, percepção subjetiva do idoso, saúde física e mental, independência nas atividades diárias, suporte familiar e social e utilização de serviços. Segundo o autor, um dos desafios para as políticas de saúde se dá na equidade: cuidar da parcela mais pobre, com maiores comorbidades, e maior incapacidade, fazendo frente a isto através de uma abordagem diagnóstica, terapêutica e de reabilitação específicas.

Sabemos que a população de 60 anos ou mais é a principal usuária proporcional de consultas médicas e internações, apresentando maior número de doenças crônicas, sendo prevalentes a presença de síndromes depressivas e demenciais (GARRIDO, 2002). O Censo 1999 (IBGE) mostra que, das pessoas que declararam ter procurado médico nos últimos 12 meses, 73,2 % eram maiores de 65 anos.

⁶ Capacidade Funcional é a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Surge como um conceito de saúde mais adequado para operacionalizar a atenção integral à saúde do idoso.

⁷ AVD_ corresponde às atividades cotidianas vinculadas ao autocuidado como se banhar, vestir-se, comer, transferir-se, continência esfincteriana, higiene pessoal.

⁸ O Censo 1991 usa, por exemplo, para a classificação de deficiência mental: para pessoa com retardamento mental resultante de lesões ou síndrome irreversível que se manifesta durante a *infância* e se caracteriza por grande dificuldade de aprendizagem e adaptação social (Camarano, 1999). Tal definição não tem representação entre os idosos, apesar de ser utilizada nas estatísticas.

⁹ Síndrome geriátrica: assim são chamados problemas de alta prevalência nesta população como as incontinências de esfínteres, depressão, demência, equilíbrio instável, quedas, isolamento social, maus tratos, “polifarmácia”, entre outras.

Lima-Costa, Barretos, Giatti e Uchôa (2003), estudando a influência do nível sócio-econômico e as condições da saúde nas populações com mais de 65 anos através da PNAD 1998, sugerem a existência de uma associação entre menor renda *per capita* domiciliar e pior condição de saúde e menor uso de serviço de saúde. Os idosos com menor renda relataram pior percepção de sua saúde, tiveram perda de capacidade funcional por problemas de saúde ou estiveram acamados em período recente, além de terem maior dificuldade em realizar atividades físicas. Como não houve associação entre os níveis sócio-econômicos e o diagnóstico de doenças crônicas, estas podem não ser indicadores fidedignos de qualidade de vida. Também foi identificado pior acesso ao sistema de saúde, mesmo quando a cobertura é adequada, não havendo relato de procura de tratamento odontológico regular ou medidas preventivas de saúde. Observaram que os problemas de saúde como as doenças crônicas, o uso regular de medicações e a maior necessidade de serviços de saúde se superpõem a uma maior dificuldade de acesso aos serviços e aos medicamentos.

Em relação às internações, observa-se que, proporcionalmente, a população acima de 60 anos consome maior quantidade de recursos quando comparada às demais faixas etárias (tabela 2).

TABELA 2: CONSUMO DE RECURSOS POR FAIXA ETÁRIA

INDICADOR	FAIXA ETÁRIA (ANOS)		
	0 a 14	15 a 59	60 e mais
População (%)	29,6	61,8	8,5
Internações (%)	20,9	60,5	18,7
Taxa de hospitalização*	47,2	65,6	146,8
Média de Permanência (dias)	4,9	6,2	7,6
Índice de Hospitalização**	0,23	0,40	1,11
Gasto Total (%)	17,7	57,8	24,5
Gasto Médio (R\$)	391,06	440,75	605,37
Índice de Gasto***	18,48	28,91	88,86

Fonte: DATASUS, 2002.

* número de internações/habitantes por 1000 habitantes

** número de dias de hospitalização consumidos/habitante/ano

*** gasto da hospitalização/habitante/ano em reais

Os gastos com saúde serão progressivamente maiores com o envelhecimento populacional. Porém, grandes gastos não garantem a melhoria da qualidade de vida dos idosos, sendo necessário trabalhar para a mudança nos princípios que regem a atenção à saúde do idoso (MOTTA, 2001).

Estudo realizado em Rio Grande - RS (SILVESTRE, 1996) mostrou que idosos internados em hospitais gerais não recebem assistência médica e psicossocial de acordo com suas necessidades: as questões típicas da idade não são identificadas ou tratadas adequadamente. A incontinência urinária

foi encontrada pelos pesquisadores em 31,4% dos pacientes, e diagnosticada, isto é, registrada no prontuário em apenas 21,8% dos casos encontrados. Em nenhum destes foi realizada investigação diagnóstica. A instabilidade postural e quedas foram encontradas em 18,8% dos casos, não havendo relato de diagnóstico em nenhum. A imobilidade foi encontrada em 18,4% dos pacientes, e diagnosticada em 31,4% destes, sendo que menos da metade recebeu tratamento adequado. Demência encontrada em 5% dos pacientes não foi diagnosticada em nenhum prontuário. A depressão maior teve uma prevalência de 10,1% dos pacientes, sendo relatado em prontuário em somente um caso, sem que tenha sido instituída terapêutica. Este estudo mostra a inadequação do atendimento dado aos idosos e sugere uma “banalização” dos quadros mórbidos freqüentes em indivíduos com idade avançada.

Evidências indicam que os profissionais de saúde não estão habilitados na identificação e intervenção nas síndromes geriátricas, apesar da abordagem tecnicamente correta do problema clínico. As conseqüências disto são: uma redução significativa da capacidade funcional do idoso no momento da alta, o prolongamento do tempo de internação e as reinternações mais freqüentes.

A magnitude dos problemas associados ao envelhecimento vem sendo objeto de estudo da Gerontologia e Geriatria cujas características dos campos de conhecimento e práticas descrevo a seguir.

CAPÍTULO 3: A CONSTITUIÇÃO DA GERONTOLOGIA E GERIATRIA COMO CAMPOS DE CONHECIMENTO E PRÁTICAS

3.1 _ A Gerontologia e Geriatria como Conhecimento

Questões relacionadas ao envelhecimento aparecem na história desde os tempos antigos. As primeiras teorias refletem a visão do mundo dada pela cultura. Para os hebreus, a longevidade estava ligada à obediência a Deus. Sucessivas gerações reconstruíram estas explicações de acordo com seu contexto histórico. A ênfase ao conhecimento positivista da renascença leva a construção de algumas teorias sobre o envelhecimento. Porém, é no século XIX que o pensamento gerontológico se organiza - “o homem nasce, cresce e morre segundo certas leis que não foram investigadas apropriadamente” (QUETELET, 1842, apud HENDICKS, 1999, pág 25), discutindo-se a importância da diversidade no processo. Por outro lado, os avanços tecnológicos e das possibilidades de intervenção permitiram o desenvolvimento de uma visão de doença, fisiologia e patologia que identificamos como biomedicina. Este modelo ganha ênfase com o livro de Charcot "Diseases of the elders and their chronic illnesses" de 1867. O século XX traz um desenvolvimento das pesquisas científicas. Alguns autores, como Comte, trabalham a idéia de uma trama integrada entre o biológico e o social como

parte do pensamento científico. Criam-se dois pólos de discussão em relação ao envelhecimento: "o envelhecimento resulta das doenças degenerativas", "envelhecimento é considerado um processo natural". (HENDICKS, 1999).

O termo Gerontologia surge em 1903 com Metchnikoff, sucessor de Pasteur, que propõe a criação desta disciplina, prevendo que esta seria um campo importante da ciência. Posteriormente, em 1909, foi proposta por Nascher, nos EUA, a criação da especialidade médica Geriatria, ou o estudo clínico da velhice, para tratar das doenças dos idosos e da própria velhice. A idéia de avaliação multidimensional e, portanto, da abordagem interdisciplinar, surge em 1930 com Warner, na Inglaterra. A partir daí publicam-se os primeiros trabalhos científicos e são formadas as sociedades de Geriatria e Gerontologia. No Brasil, a Sociedade de Geriatria foi criada em 1961, tornando-se Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) em 1968, a partir da entrada de outros profissionais não médicos (PAPALÉO NETTO, 2002).

Os conceitos de Gerontologia e Geriatria são vários e apontam para diversas estratégias de estudo e intervenção no objeto em análise. Para conhecer melhor este campo torna-se importante dialogar com seus conteúdos e métodos (PAPALÉO NETTO, 2002):

Gerontologia: disciplina multi e interdisciplinar cujo objetivo é o estudo das pessoas idosas, as características da velhice, o processo do envelhecimento e de seus determinantes biopsicossociais, capaz de fornecer uma atenção holística, integral à população idosa. Entende-se por gerontologia social os aspectos antropológicos, psicológicos, legais, ambientais, econômicos, éticos e políticos de saúde. Por *geriatria* compreendem-se os aspectos curativos e preventivos da atenção à saúde e por gerontologia biomédica o estudo do envelhecimento do ponto de vista molecular celular, estudos populacionais e de prevenção de doenças. Nesta linha, a geriatria seria um componente da gerontologia:

“A gerontologia estuda o idoso do ponto de vista científico, em todos os seus aspectos físicos, biológicos, psíquicos e sociais, sendo responsável pelo atendimento global do paciente. Assim, a geriatria, que se ocupa do aspecto médico do idoso, pode ser considerada como parte da gerontologia” (CARVALHO, 1984).

Conceitos, utilizados em gerontologia, necessitam ser definidos e entendidos, visando a evitar uma possível superposição e decorrente confusão. Porém, isto nem sempre é tarefa trivial, pois estes também refletem a variabilidade intrínseca ao próprio processo de envelhecimento como descrito anteriormente (NERI, 2001). Estes conceitos pertencem ao conjunto de conteúdos comuns à gerontologia e criam uma unidade entre seus componentes.

- *Envelhecimento bem-sucedido*: Pode ter três conotações: a) a idéia de realização de seu potencial individual na busca do bem-estar físico, social e psicológico, dado como adequado para sua faixa etária; b) a idéia de funcionamento semelhante às populações mais jovens; e, c) a idéia da manutenção da competência em domínio pré-estabelecido por compensação ou otimização.

-*Envelhecimento produtivo*. Ligado à idéia de envelhecimento bem-sucedido, se contrapõem à idéia de velhice com inatividade, afastamento e improdutividade. Incorpora questões como trabalho remunerado, ou não; atividades de lazer; contribuição para a economia pela criação de áreas de consumo; contribuições para a melhoria da saúde, capacidade funcional e satisfação.

- *Envelhecimento primário ou normal*. Relacionado às mudanças intrínsecas ao processo, nas quais não há declínio funcional.

- *Envelhecimento secundário ou patológico*. Relacionado às mudanças dependentes da idade ou relacionadas a esta.

- *Envelhecimento terciário*. Caracteriza-se por um grande acúmulo de perdas em um pequeno curso de tempo.

O conceito de velhice também tem sua nuance. A *velhice normal* é aquela onde as alterações são típicas do processo, sem patologias. *Velhice ótima*, onde, do ponto de vista funcional, seria comparável com indivíduos mais jovens. *Velhice patológica*, onde estão presentes as síndromes geriátricas ou agravamento de doenças.

A interdisciplinaridade é intrínseca à constituição do campo da Gerontologia, pois o processo de envelhecimento permeia todos os aspectos da vida, do biológico ao social, demandando, para sua operacionalização, de um trabalho em equipe.

Martins de Sá (1998) trabalha a definição de Gerontologia como ciência, explicitando que esta utiliza conteúdos científicos e técnicos de outros campos, dos quais participam dimensões biológicas, psíquicas, sociais, culturais e estéticas. “Não se pode fragmentar o objeto porque a parte que ela isola ou arranca do contexto originário do real_ o velho e o processo de envelhecimento_ só pode ser explicada efetivamente na integridade de suas características” (pág. 43). Assim, a Gerontologia não se limita a uma incorporação de conhecimentos, mas é um processo de criação contínua de novas estruturas conceituais e operacionais. Estes conhecimentos, ao romperem com as estruturas disciplinares de origem, são recombinações, reconstruídos e sintetizados de forma a configurar uma nova totalidade. A interdisciplinaridade é característica do processo de conhecimento da gerontologia, com uma troca permanente de conhecimentos, movimento constante e uma estabilidade dinâmica. A estrutura teórico-metodológica pode ser explicada como um conjunto de procedimentos interligados, interdependentes e coerentes.

Outro autor, Bass (2000), também analisa o conceito de Gerontologia, listando suas bases de conhecimento _ “estudo científico do envelhecimento, perpassa por várias disciplinas incluindo a

biologia, psicologia, sociologia, ciência política, história, antropologia, economia, humanidades, ética, sendo integrada a profissões como saúde pública, enfermagem, serviço social, direito e medicina, entre outras”. (pág.97)

Este autor aponta questões institucionais relacionadas a este campo, como o envolvimento de diferentes departamentos, o fato de alguns programas estarem ancorados em uma disciplina ou profissão estabelecidos, e estruturados para transcender seus limites. Estas questões dificultam o processo de criação de uma (inter) disciplina com estas características. Em alguns casos, programas se propõem a fomentar a interação intelectual entre disciplinas, porém esta interação varia enormemente entre os grupos de interesse e currículos. É ressaltado que muitos programas de educação gerontológica trabalham de forma multidisciplinar, porém com variados graus de integração. Ou seja, do ponto de vista institucional, em especial na universidade, a constituição de um campo interdisciplinar é de difícil execução.

Apesar de não estar estabelecida como disciplina, a Gerontologia desenvolveu medidas que mostram este seu desenvolvimento: tema único, métodos distintos, capital intelectual, e medidas de padronização e qualidade, o que a coloca num adiantado processo de estruturação de sua identidade.

3.2 _ A Gerontologia e Geriatria como Práticas

Do ponto de vista da Geriatria e Gerontologia, o aumento da expectativa de vida traz como consequência uma necessidade de mudança na filosofia assistencial, isto é, no modelo clínico-assistencial clássico orientado aos idosos. Isto é devido ao maior número de pessoas com déficits ou incapacidades, onde não é suficiente apenas diagnosticar e tratar as patologias, mas reduzir os déficits funcionais que delas advêm e prevenir seu agravamento. A prática geriátrica inclui ações em todos os níveis de prevenção (LEAVELL e CLARK, 1976). A possibilidade da prevenção primária ocorre através da promoção de saúde e das medidas de prevenção específicas, a prevenção secundária através do tratamento precoce e da limitação de invalidez, assim como da prevenção terciária, através do tratamento de doenças e reabilitação, são medidas fundamentais quando se trabalha com doenças crônico-degenerativas. Estas são importantes tanto em nível individual como da saúde pública, na manutenção de qualidade de vida e otimização de custos e recursos. Isto demanda de forma inequívoca o envolvimento da equipe de saúde e a relação com os familiares da população idosa assistida.

O conceito de saúde dado pela OMS/Saúde 2000 está orientado para melhorar o potencial de saúde de cada indivíduo ou prover saúde à vida, isto é, aumentar a média de anos livres de incapacidades ou enfermidades. Faz-se acompanhar de conceitos como expectativa de vida sem

incapacidades físicas ou expectativa de vida saudável¹⁰, que nos oferece olhares diferenciados sobre esta questão: o desafio na área de saúde é diminuir o número de anos com vida dependente e aumentar a quantidade e qualidade dos anos de vida independente, o que é conhecido como *compressão de morbidade*. A competência para esta abordagem não é exclusiva da medicina, mas do trabalho conjunto com serviços sociais e sanitários comunitários, pelo grande importância que têm os fatores econômicos, ambientais e de prestação de serviços (ALLUÉ, 1999).

A redução da capacidade funcional, ou a presença de dificuldade funcional¹¹ está vinculada à presença de comorbidades como artrite, fraturas, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral (AVC), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), depressão, déficit cognitivo, iatrogenia, desequilíbrio, anormalidades de marcha e história de queda prévia, entre outros. Sabemos que a idade não é sinônima de incapacidade, porém estudos como de Parahyba (2003) apontam para a importância do status sócio-econômico e principalmente a renda e a educação como marcadores para a dificuldade funcional.

O entendimento do conceito de dependência e autonomia e suas implicações para a abordagem e o cuidado com os idosos é fundamental para a percepção do objetivo da nova proposta. Dependência não se caracteriza por uma síndrome clínica ou enfermidade, mas define-se como uma consequência de uma série de fracassos do equilíbrio bio-psico-social. A integralidade da atenção impõe-se como uma importante estratégia de cuidado.

Dependência é a dificuldade ou impossibilidade de executar tarefas cotidianas básicas ou instrumentalizadas¹². O Conselho Europeu a definiu como a situação em que se encontram aquelas pessoas que, por razões ligadas a falta ou a perda da capacidade física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência ou ajuda para a realização das atividades de vida diária (RODRÍGUES, 1999).

Autonomia significa a faculdade humana de governar as próprias ações, a própria vida, e tem a ver com a vontade. Pode haver várias condições possíveis de graus de autonomia e dependência em indivíduos, e a sua identificação correta é fundamental para permitir uma abordagem voltada para a recuperação, reabilitação e a instituição de suportes sociais adequados para a manutenção de suas capacidades residuais.

É conhecida a chamada “cascata da dependência“, isto é, a partir de uma *deficiência* (qualquer perturbação de uma estrutura ou do funcionamento de uma parte do organismo, seja do ponto de vista mental ou físico), surge uma *incapacidade* (expressão da deficiência ao nível funcional, ou seja,

¹⁰ Expectativa de vida saudável: segundo a OMS refere-se ao tempo de vida que as pessoas esperam viver sem precisar de cuidados especiais (OMS, 2002)

¹¹ Dificuldade funcional: conceito preconizado pela OMS em substituição à incapacidade funcional, devido ao seu aspecto mais positivo (ICF/WHO/2001)

¹² Atividades Instrumentais de Vida Diária (AVDIs): correspondem a atividades necessária para sua vida em comunidade: se deslocar em distâncias, fazer compras, preparar comida, usar dinheiro, tomar remédio, usar telefone.

incapacidade é a perda da capacidade funcional, secundária ao déficit, para realizar as atividades normais para sua idade), que se expressa pela *dependência* (déficit derivado das deficiências ou incapacidades que limitam a realização ou o cumprimento de um papel considerado normal; representa as conseqüências sociais e ambientais dos déficits e incapacidades). Um exemplo prático é a fratura de fêmur seguida de uma incapacidade de caminhar sem supervisão, o que leva a uma dificuldade nas atividades de vida diária.

A idéia de prevenção, em todas as suas esferas, perpassa a abordagem geriátrica. Ao se trabalhar com patologias crônicas e degenerativas, nas quais tanto no nível individual como na saúde pública o custo é alto, objetiva-se evitar sua instalação (prevenção primária) ou minorar suas conseqüências (prevenção secundária e terciária). O conhecimento do processo de envelhecimento e da cascata de eventos que se seguem à perda do equilíbrio do organismo envelhecido e de suas conseqüências para o indivíduo, para a família, além do custo social decorrente, reiteram a importância do trabalho preventivo.

A prática geriátrica, na perspectiva da atenção integral, implica em avaliações e mensurações. A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é um instrumento voltado para avaliar o indivíduo dentro de uma perspectiva bio-psicossocial, com o objetivo de diagnosticar, quantificar os problemas, identificar necessidades e os recursos mais adequados para tratar, aconselhar e acompanhar a evolução.

A Avaliação Geriátrica Ampla é composta por:

- Avaliação biomédica: diagnósticos novos e antigos dados nutricionais, medicações em uso, função sensorial.
- Avaliação psicológica: função cognitiva e emocional.
- Avaliação social: situação matrimonial, aceitação de ajuda, relação com os vizinhos, suporte social.
- Avaliação funcional: AVDs, AVDIs.

Um dos objetivos desta avaliação é a identificação do risco de fragilidade. O idoso frágil é aquele que tem um equilíbrio bio-psicossocial precário ou instável, com grande risco de perder sua capacidade de viver na comunidade, isto é, encontra-se sob grande risco de institucionalização. O conceito de fragilidade está correlacionado a algumas características como: ser maior de 80 anos, presença de pluripatologia, isolamento social, transtorno cognitivo, afetivo, dificuldade de deambulação, incontinência urinária.

Outra questão importante para a prática assistencial é o conhecimento das características das enfermidades nos idosos. Os sintomas podem ser confundidos com transtornos normais do envelhecimento, sua apresentação é mascarada ou subaguda, não apresentando os sinais clássicos. É

freqüente a superposição e o predomínio de enfermidades crônicas, que podem se apresentar como entidades sindrômicas (síndromes geriátricas): alterações sensitivas, imobilidade, depressão, conseqüências de iatrogenia, estado confusional agudo, desnutrição, quedas, incontinência, déficit cognitivo e presença de pluripatologia.

A abordagem terapêutica tem por objetivo manter a capacidade funcional. A modificação da resposta à enfermidade e o alentecimento dos processos de tratamento e recuperação, engendram considerações éticas e negociações sobre conduta, somadas ao tratamento e provisão dos recursos necessários. Na vigência de quadros clínicos complicados, o profissional de saúde há de se posicionar quanto à questão da qualidade de vida. A prática da geriatria e gerontologia não pode se resumir ao simples prolongamento da vida.

A formação de recursos humanos nesta área está vinculada a uma compreensão de processo de envelhecimento, suas repercussões bio-psicossociais, a necessidade do trabalho interdisciplinar e novos paradigmas na concepção de saúde-doença, do papel e objetivos do profissional de saúde. Isto importa no conteúdo e habilidades a serem desenvolvidos durante o treinamento.

Uma importante questão nesta discussão é a identificação dos problemas encontrados pelo profissional de saúde ao lidar com a população idosa. Adams (2002) investigou o porquê dos médicos da atenção primária (saúde da família e clínicos) considerarem que cuidar de idosos é difícil. Os motivos identificados foram: a) Complexidade médica e vulnerabilidade dos idosos aos eventos adversos: a apresentação de doença atípica, o rápido declínio, as múltiplas medicações com as possibilidades de interações indesejáveis e efeitos adversos, a falta de certeza no diagnóstico e terapêutica, assim como ansiedade pelo risco da iatrogenia, a presença de déficit cognitivo, as múltiplas patologias, doenças crônicas e déficits sensoriais; b) Os desafios pessoais e interpessoais da relação, sendo citados as barreiras de comunicação, o envolvimento familiar, as questões éticas, a falta de tempo e a percepção da própria ineficácia; c) Os problemas administrativos, onde se inclui questões relacionadas ao sistema de saúde. Segundo Adams, alguns estudos apontam para o treinamento médico insuficiente, enquanto outros mostram como fontes de frustração o pagamento, recursos comunitários insuficientes e o longo tempo dispensado no atendimento.

Estas dificuldades se desenrolam em dois contextos: a) fatores pessoais e interpessoais que interferem na relação médico-paciente, onde se inclui o treinamento na área de saúde do idoso, os valores e atitudes dos médicos frente a esta população, a (pouca) importância dada socialmente a esta população e seu papel na sociedade; b) os fatores da prática, como o grande número de idosos, recursos comunitários inadequados, e a necessidade de se trabalhar em vários cenários distintos, desde a atenção primária ao cuidado prolongado (ADAMS, 2002).

Como é possível formular políticas exequíveis sem a formação de recursos humanos adequados, sem uma base de dados bem estruturada e sem um diagnóstico correto das situações

existentes? Nos últimos anos, o Brasil tem avançado nesta discussão, sendo a maior evidência o estabelecimento da Política Nacional do Idoso (PNI) e da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que servem como base para as ações em diversos setores e orientam a formação de recursos humanos, o processo de capacitação e adequação da informação existente. Apesar de iniciado o processo de implantação, é necessário um esforço intersetorial com a participação maior dos atores sociais na construção de uma sociedade mais adaptada a esta população. As políticas serão discutidas em seguida.

CAPÍTULO 4: AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO AOS IDOSOS

4.1 _ Envelhecimento Ativo: Um Projeto de Política de Saúde

Em 1982, aconteceu em Viena a I Assembléia Mundial sobre Envelhecimento (ONU), que aprofundou conceitos, elegendo a qualidade de vida como tão importante quanto a longevidade, devendo ser fomentada pelos governos, famílias, sociedade e idosos. Esta assembléia influenciou o desdobramento das políticas de saúde para os idosos no Brasil. (BRASIL, 2002).

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou, na II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento da ONU (Madri), proposta de política de saúde vinculada ao envelhecimento ativo, que visa a “o processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (OMS, 2002). Esta proposta engloba não somente a capacidade física mantida, mas também conceitos como a percepção do potencial individual ou de grupo para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida e a participação nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis. Associa saúde ao bem-estar físico, mental e social, trazendo como objetivo central a manutenção da autonomia e independência.

A OMS aponta o envelhecimento populacional como um triunfo e um desafio para este século, pois traduz o balanço entre sucesso das políticas de saúde pública e desenvolvimento social e econômico, e o aumento das demandas sociais e econômicas advindas do envelhecimento. (OMS, 2002).

"Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem". (OMS, 2002).

Qualidade de vida é definida pela OMS como "a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (OMS, 2002). É um conceito muito amplo, que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de (in)dependência, suas relações sociais, suas crenças e relação com características proeminentes no ambiente". Qualidade de vida está intimamente relacionada à autonomia e independência no envelhecimento, assim como aos riscos e oportunidades vivenciados, às opções saudáveis e ambientes de apoio no percurso da vida e o apoio informal, enfatizando a responsabilidade no autocuidado, os ambientes amistosos e a solidariedade entre gerações (OMS,2002).

As políticas de saúde voltadas para o envelhecimento, nesta concepção, devem basear-se nos fatores que determinam um envelhecimento ativo. São estes: o *gênero* e a *cultura*, que influenciam todos os demais; a *saúde* e os *sistemas de serviço social* que devem trabalhar numa perspectiva de curso de vida, com ênfase na promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso a cuidados primários e de longo prazo; os *determinantes comportamentais*, que incluem o estilo de vida saudável e o autocuidado em todas as épocas da vida; os *determinantes pessoais* que englobam a biologia, genética e os fatores psicológicos; os relacionados ao *ambiente físico* (moradia, água, ar e alimentos); os relacionados ao *ambiente social*, que incluem apoio social, maus tratos e abuso, e educação, e por fim os *determinantes econômicos* que englobam a renda, trabalho e proteção social.

Esta proposta da OMS ressalta conceitos importantes como o de curso de vida, onde vários fatores interagem ao longo do percurso da vida, determinando sua qualidade mais tarde. Políticas para um envelhecimento saudável devem estar preparadas para lidar com questões da população idosa atual e futura que certamente terá demandas diferenciadas, abordando questões que perpassam todo o ciclo de vida do indivíduo

As bases das políticas propostas pela OMS (2002) se estruturam em três áreas: saúde, participação e segurança. Na área da *saúde* as metas são prevenir ou reduzir as deficiências, doenças crônicas e mortalidade prematura; reduzir os fatores de risco; desenvolver serviços de saúde e sociais acessíveis e adequados; fornecer treinamento e educação para acompanhantes. Na *participação* se inclui educação e oportunidade de aprendizagem; participação na sociedade, família e comunidade. Na *segurança* os direitos sociais, financeiros, de segurança física, atenção às necessidades e a redução das injustiças em relação às mulheres idosas.

O Programa da OMS, "Envelhecimento e Curso de Vida", tem como metas a abordagem baseada na comunidade, como locus para as intervenções, com ênfase no respeito aos contextos e influências culturais, nas questões éticas relacionadas ao bem estar, na atenção às diferenças de gênero e fortalecimento do vínculo entre gerações. Este programa delineia um profissional de saúde

com uma formação diferenciada, entendendo saúde como promoção, prevenção e integração na comunidade, trazendo um desafio para os órgãos formadores de recursos humanos e formuladores de políticas sociais (OMS, 2002).

4.2_ As Políticas Intersetoriais

A Política Nacional do Idoso (PNI)

Anteriormente à formulação da PNI, ocorreu a criação do Serviço Social do Comércio (SESC) em 1946, que passou a atuar na assistência social ao idoso. Em 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criou a internação custodial para aposentados e pensionistas com 60 anos ou mais, e o Governo Federal instituiu a renda mensal vitalícia. Ainda em 1976, o Governo Federal promoveu um Seminário Nacional sobre Política Social da Velhice, que originou o documento “Política Social para o Idoso: Diretrizes Básicas”, com a proposta de implantar um sistema de mobilização comunitária, criar serviços especializados, rever o sistema previdenciário, formar recursos humanos, incentivar a coleta de informações. Naquela ocasião, a Fundação Legião Brasileira de Assistência (FLBA) assumiu a responsabilidade de desenvolver programas de assistência social à população idosa.

A Constituição Brasileira de 1988, incorporando estes preceitos no Capítulo da Seguridade Social, garantiu direitos aos idosos a partir de um sistema de proteção e inclusão social (BRASIL, 1988). A Lei Orgânica da Assistência Social (8742/93) prevê benefícios, serviços, programas e projetos de atenção, com responsabilidade das três esferas de governo.

A Política Nacional do Idoso (PNI) foi instituída pela Lei 8.842/94 e regulamentada pelo Decreto 1948/96, e estabeleceu direitos sociais, garantindo autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade, como instrumento de direito próprio de cidadania, sendo considerado população idosa o conjunto de indivíduos com 60 anos ou mais.

Esta lei estimula a articulação e integração institucional para a elaboração de um Plano de Ação Governamental para Integração da Política Nacional do Idoso, sendo composto por nove órgãos: MPAS, Ministério da Educação, da Justiça, Cultura, Trabalho e Emprego, Saúde, Esporte e Turismo, Planejamento, Orçamento e Gestão e a Secretaria de Desenvolvimento Urbano. Este Plano determina e indica as principais competências, define ações e estratégias, e os mecanismos de negociação para garantir recursos financeiros entre as três esferas de governo para a implementação, acompanhamento, controle e avaliação das ações. Suas diretrizes apontam para a integração e participação social, a descentralização das ações político-administrativas, a divulgação de informações sobre a política, informações educativas, a prioridade no atendimento ao idoso dado

pela família e em órgãos prestadores de serviço, a capacitação e reciclagem de recursos humanos em geriatria e gerontologia, o apoio a estudos e pesquisas sobre o envelhecimento.

A fim de alcançar estas diretrizes, o *Ministério da Educação* deve: apoiar a criação dos Centros de Referência nas universidades, viabilizar a criação de Universidades Abertas da Terceira Idade, desenvolver programas educativos para profissionais, idosos, família e comunidade, coordenar a criação de programas de pós-graduação em geriatria e gerontologia e apoiar pesquisas e estudos na área. Suas metas foram definidas visando ao levantamento sistemático das ações existentes, à adequação dos currículos, metodologias e materiais didáticos, ao encaminhamento de propostas de inclusão obrigatória da Geriatria como disciplina dos cursos da área de saúde e da Gerontologia Social nos cursos da área social, e a inclusão nos currículos mínimos de conteúdos voltados para o processo de envelhecimento nos diversos níveis de ensino. Ao *Ministério da Saúde* cabe: desenvolver formas de cooperação para treinamento de equipes multiprofissionais nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência; apoiar estudos epidemiológicos com vistas a um sistema de informação adequado a esta população; estruturar os Centros de Referência; dotar e aplicar normas para as várias modalidades de serviços geriátricos; criar serviços de atendimento alternativos como atendimento domiciliar.

A PNI objetiva:

“Garantir a Atenção Integral à Saúde do Idoso, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde nos diversos níveis de complexidade do SUS, bem como estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do SUS”. (MPAS, 1996)

Os Centros de Referência foram criados pela Portaria 702 (MS / abril de 2002), tendo como critérios para credenciamento ser um hospital geral, com no mínimo 100 (cem) leitos, com laboratório, diagnóstico por imagem, centro cirúrgico e especialidades médicas, que apresentassem equipe técnica, ambulatório especializado, hospital-dia, leitos para internação geriátrica (10%), atendimento especializado em casos de síndrome demencial e atendimento domiciliar. Foram credenciados, *a priori*, alguns centros no país vinculados a Hospitais Universitários, estando com o processo em trânsito. O Hospital Universitário Pedro Ernesto / UnATI é um dos centros em processo de credenciamento.

O Estatuto do Idoso

O Projeto de Lei nº 3561/1997, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, foi aprovado em setembro de 2003 (BRASIL, 2003). O capítulo IV deste Estatuto dispõe sobre o *DIREITO À SAÚDE*.

Art. 15: “É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos”. Este trabalho será efetivado através de cadastramento da população, atendimento especializado, unidades de referência, atendimento domiciliar, quando necessário, e reabilitação.

Art. 18. “As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda”.

Porém, as dificuldades relacionadas à implementação do estatuto e das demais leis vão desde a captação de recursos, ao fortalecimento de um sistema de informação capaz de gerar dados fidedignos, utilizando ferramentas específicas para a análise desta população, passando pela capacitação de recursos humanos, visando à construção de políticas cada vez mais efetivas. Também é importante ressaltar que, apesar de hoje o processo de envelhecimento ser muito mais discutido, ainda não estão totalmente claras para a sociedade e para as instituições as mudanças a ele vinculadas e sua importância coletiva. Assim, observa-se que do ponto de vista da normatização legal, o envelhecimento é protegido no Brasil, havendo diretrizes a serem seguidas e implementadas. Porém, desde sua formulação, a implementação ainda não se fez de forma completa, havendo muito a ser trabalhado.

4.3 _ O Idoso no Contexto da Universalização da Atenção à Saúde

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI)

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI - Ministério da Saúde / Secretaria de Políticas de Saúde/ 1999) fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e em processo de envelhecimento, em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90).

A PNSI tem como propósito “a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida”.

Para este propósito são definidas as *diretrizes da PNSI*:

A *promoção de um envelhecimento saudável* (A) inclui ações educativas e informativas nos níveis de atuação do SUS, com especial atenção para os hábitos saudáveis de vida, manutenção de habilidades funcionais e riscos ambientais.

A *manutenção da capacidade funcional* (B) se dá no âmbito da prevenção de agravos à saúde como as campanhas de vacinação e no âmbito da detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou instalados através de medidas que visam ao rastreamento de danos sensoriais, utilização de protocolos, prevenção de saúde bucal e avaliação nutricional, avaliação de capacidade e habilidade funcional no ambiente domiciliar, com instalação de medidas preventivas e a prevenção do isolamento social.

A *assistência às necessidades de saúde do idoso* (C) inclui assistência ambulatorial baseada na consulta geriátrica. Esta se caracteriza pela: a) abrangência: incorporando informações importantes para a saúde como as questões sociais, além das questões biomédicas; b) sensibilidade diagnóstica: busca ativa de problemas de alta prevalência; e, c) orientação terapêutica: incluindo orientação preventiva e educação voltadas para a manutenção da capacidade funcional. A assistência hospitalar deverá utilizar a avaliação funcional para a identificação do idoso de risco, que necessita de uma abordagem especializada com equipe multiprofissional. A assistência de longa permanência inclui a assistência domiciliar e os hospitais-dia geriátricos. Também está incluso o atendimento preferencial em órgãos estatais, privados e a identificação e denúncia de maus tratos.

A *reabilitação da capacidade funcional* (D) estabelece a necessidade de prevenção de doenças crônicas e a detecção precoce de pequenas limitações funcionais, com a instituição de reabilitação através de equipe multiprofissional.

A *capacitação de recursos humanos* (E) segundo a PNSI deve perpassar todas as diretrizes e serem viabilizadas pelos Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia, objetivando instrumentalizar estes recursos em ações básicas como prevenção de perdas, manutenção e recuperação da capacidade funcional e controle dos fatores que interferem na saúde desta população. (GORDILHO, et al 2000).

O *apoio ao desenvolvimento de cuidados informais*¹³ (F) visa ao estabelecimento de parcerias entre os profissionais e cuidadores dos idosos através do suporte e orientação de suas ações práticas, assim como assistência à sua saúde, sistematizando ações de promoção de saúde, prevenção de incapacidades, buscando a redução das hospitalizações e do asilamento.

O *apoio a estudos e pesquisas* (G) será baseado nos Centros Colaboradores ou de Referência (CR), sendo identificadas quatro tópicos de pesquisa: a) estudos de perfil, prevalência de doenças,

¹³ Considera-se sistema de cuidado informal aquele prestado por pessoas da família, amigos ou voluntários que exercem as tarefas de apoio.

dados sociais entre outros com sistematização das informações; b) avaliação da capacidade funcional, prevenção de doenças, instrumentos de rastreamento; c) modelos de cuidado; d) hospitalização e suas alternativas, padronização de protocolos (GORDILHO et al 2000).

Estas diretrizes informam a análise de conteúdos e competências desejáveis para os profissionais de saúde, objeto deste trabalho.

Atenção à Saúde para os Idosos

A Constituição Brasileira de 1988 estabelece que saúde é um “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), cabendo a este a sua garantia através de políticas sociais e econômicas voltadas para a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Assim, ela garantiu direitos aos idosos através do Capítulo da Seguridade Social. Na área da saúde, criou as bases do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios incorporam a idéia de universalidade de cobertura e atendimento, uniformidade e equivalência de benefícios e serviços entre as populações urbanas e rurais, a equidade de participação no custeio e integralidade na atenção à saúde, participação popular e controle social como formas de administração democrática. Também a Lei Orgânica da Assistência Social (8742/93) previu benefícios, serviços, programas e projetos de atenção com responsabilidade das três esferas de governo.

A PNSI incorpora os preceitos do SUS em conformidade com o determinado pela Lei Orgânica da Saúde (nº 8080/90) e pela PNI (Lei 8842/94), quando dispõe sobre a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa. Dentro dos princípios da Lei Orgânica pode-se destacar o da preservação da autonomia, da integridade física e moral da pessoa, a integralidade da assistência, e a fixação de prioridades através da epidemiologia. Aos gestores do SUS cabe a disponibilização dos meios e a viabilização dos propósitos da PNSI.

O conceito de integralidade, um dos princípios do SUS, vem sendo objeto de reflexão. Camargo Jr (2003) ressalta que a integralidade não é um conceito, e sim um objetivo a alcançar, visa ao trabalho multiprofissional interdisciplinar e o desenvolvimento de uma compreensão abrangente do processo saúde-doença. Mattos (2001) vai além ao descrever três conjuntos de sentidos do princípio da integralidade: os *atributos das práticas dos profissionais de saúde*, valores ligados ao que se considera boa prática. Através de uma abordagem abrangente das necessidades dos indivíduos, trabalha-se com conceitos de prevenção primária, secundária e terciária, buscando-se evitar o adoecimento, reduzir seus agravos e trabalhar a reabilitação, objetiva-se também evitar a repetição ou perpetuação do evento causal de morbidade onde a inclusão de ações, não apenas voltadas para as doenças presentes ou futuras, busca compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de

saúde, reforçando que a integralidade não é ação exclusiva dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde. O segundo conjunto de sentidos da integralidade diz respeito aos *atributos da organização dos serviços e práticas*, onde a noção de integralidade pressupõe a organização do trabalho de uma equipe, através do desenvolvimento de visão ampliada das necessidades da população atendida. O terceiro conjunto trata das *respostas governamentais* aos problemas de saúde, representadas pelas políticas especiais voltadas para grupos populacionais específicos.

A discussão de integralidade também abarca trabalho em equipe. Porém, este por si só não avança nesta construção. É necessária a flexibilização da divisão do trabalho onde “ os profissionais realizam intervenções de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos” (Peduzzi, 2001, pág. 108). Em um estudo empírico em equipes de saúde, em vários cenários de prestação de serviço Peduzzi (2001) analisa as concepções de equipe que informam o trabalho. A autora propõe a categoria de equipe “ agrupamento” a qual se orienta pela justaposição de ações e equipe “integração” orientada para a articulação das ações. A atenção integral à saúde só é possível quando o trabalho conjunto se articula na integração das ações, quebrando a fragmentação entre os saberes e práticas.

As diversas facetas da integralidade apontam para a necessidade de aprofundamento desta discussão contextualizando para a atenção ao idoso. As diretrizes propostas pela PNSI incorporam o conceito de atendimento integral à saúde, dentro de uma visão que abrange todos os aspectos levantados por estes autores. Porém duas questões que se colocam são a importância da formação de recursos humanos aptos a lidar com estas variáveis, e a incorporação dos idosos como atores sociais na defesa de suas demandas, corroborando o princípio da participação popular e controle social do SUS.

O Programa Saúde da Família

O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), tendo iniciado essa estratégia em 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PSF visa a reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional e levando a saúde para mais perto da família, objetivando com isso melhorar a qualidade de vida dos brasileiros através de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. Assim, o PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, o que evidentemente inclui a população idosa.

Apesar da geriatria estar se estabelecendo como um campo de saber com identidade própria, ainda não está resolvida a questão do cuidado aos idosos devido ao crescimento desproporcional

desta população em relação à formação de especialistas (Cohen, 2002). Este é um problema que deverá se multiplicar nos próximos anos. A solução para este problema seria o treinamento geral para todos os médicos, enfocando a geriatria como uma forma de abordagem a ser aprendida no contexto das diversas especialidades envolvidas com a atenção ao idoso. Sabemos que a atenção básica já é oferecida aos idosos pelos clínicos e médicos de família nas suas práticas e que a atenção primária é, mesmo para o especialista em geriatria, a forma mais prevalente de cuidado prestado a esta população (Reuben, 1993,1994). Assim, o PSF constitui uma importante estratégia para o enfrentamento do envelhecimento populacional com qualidade.

Cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e por quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), podendo outros profissionais serem incorporados de acordo com as necessidades e possibilidades. A base operadora é a Unidade Básica de Saúde (UBS), que pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade. Segundo o MS, as unidades básicas do programa seriam capazes de resolver 85% dos problemas de saúde da comunidade, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.

A fim de adequar e desenvolver as habilidades dos profissionais de Saúde da Família para a atenção integral, foram criados Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, cujos objetivos são oferecer treinamento introdutório e cursos de atualização, objetivando a permanente melhoria de resolutividade das equipes, cursos de especialização à distância, programas de educação permanente, e o desenvolvimento de iniciativas visando a introdução de inovações curriculares nos cursos de graduação. Esta estratégia é, atualmente, foco de aperfeiçoamento, e o MS propõe sua ampliação para Pólos de Educação Permanente, de forma a envolver o máximo dos profissionais de saúde, nos diversos níveis de atenção.

O PSF funciona, atualmente (outubro 2003), em 4.429 municípios. No total existem 18.706 equipes atendendo a cerca de 61 milhões de brasileiros. (MS, 2003 ¹⁴)

O PSF é uma política estratégica do MS, porém, alguns problemas são identificados, como o acesso nas grandes cidades, a inadequação dos profissionais de saúde para este trabalho em função de problemas na graduação e a dificuldade de interiorização dos profissionais de saúde.

A capacitação de recursos humanos pode ser apontada como uma importante questão para o trabalho em Saúde da Família, principalmente quando o sujeito da atenção é o idoso, pela frágil inserção de conteúdos de Geriatria e Gerontologia desde a graduação até aos programas de treinamentos. Ou seja, faltam profissionais aptos, inclusive médicos.

¹⁴ Ministério da Saúde. Disponível em <www.saude.gov.br>, visita em 12/12/2003

Para a atenção básica, estes conteúdos e habilidades têm sua importância magnificada. Com o crescimento da população idosa, estes profissionais são os principais artífices da manutenção da qualidade de vida desta população, visto que esta representa importante contingente do seu trabalho. Além disto, a formação do especialista deve ser voltada principalmente para o seguimento de idosos mais fragilizados, para o desenvolvimento de pesquisas e metodologias de trabalho e políticas na área, sendo impossível, frente ao crescimento populacional, o serviço de atenção à saúde da totalidade dos idosos ser prestado pelo geriatra.

Neste entendimento cabe ao PSF estabelecer o vínculo do usuário idoso com o sistema de saúde, o que inclui trabalhar temas como a inatividade, a redução funcional, a desnutrição, a hipertensão, o isolamento, a enfermidade oculta, entre outros, no contexto das relações familiares e sociais (Silvestre, 2003).

Silvestre (1999) aponta para questões que perpassam a adequação dos serviços de atenção ao idoso: a municipalização da saúde seguindo o perfil demo-epidemiológico; a identificação de múltiplos serviços com distintas origens jurídicas com superposição de atendimentos, perda de informações, maior risco de iatrogenia e desperdício de recursos; a coordenação destes diversos serviços, buscando a racionalização dos recursos, o que inclui o manejo das informações, cooperação, estabelecimento de atenção regionalizada e hierarquizada, onde as UBS e PSF representam a porta de entrada do sistema, referenciando para Unidades de Referência (UR), as quais se integrariam aos Centros Colaboradores ou de Referência (CR). As UR são descritas como equipes com competência em saúde do idoso, composta por médico, enfermeiro e assistente social, podendo ser complementada, quando necessário, por outros profissionais, sendo responsável pelo treinamento dos profissionais da atenção básica e de cuidadores informais. Os CR, ligados às instituições de ensino, seriam responsáveis pela produção e disseminação do conhecimento, capacitação de recursos humanos, ações de prevenção, promoção e assistência através de equipes, estariam ligados às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Pólos de Capacitação.

CAPÍTULO 5: A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE DO IDOSO_ O CASO DA MEDICINA

5.1 _ Definições do Campo de Estudo: Currículo, Competências Profissionais e Interdisciplinaridade.

Antes de analisar a formação de recursos humanos em Saúde do Idoso, é necessário que se definam alguns conceitos básicos do campo de estudo que facilitarão o entendimento das premissas da análise efetuada..

Currículo

Historicamente, podemos levantar alguns grupos de significados para currículo: experiência ou guia da experiência obtida, conteúdos de educação ou especificação de objetivos. O currículo pode ser analisado em alguns aspectos distintos: na função social de ponte entre a sociedade e a escola, como projeto ou plano educativo e como campo prático (SACRISTÁN, 2000).

No Brasil, o conceito de currículo surge na segunda metade do século passado, sendo inserido definitivamente na Lei de Diretrizes e Bases da Educação na década de 60, no seu art. 9º _ “currículo mínimo dos cursos de ensino superior” As características sócio-econômicas, políticas e culturais do Brasil atrasaram a entrada das concepções de currículo flexível, descentralizado, objeto de pesquisa e avaliação, baseado nas necessidades sociais, no conhecimento do aluno e na incorporação de tecnologia (DEPRESBITERIS, 1989).

O currículo, entendido como relacionado às formas de organização do conhecimento, é um "artefato social e cultural". O currículo não é “transcendente e atemporal _ ele tem uma história, vinculada a formas específicas e contingentes de organização da sociedade e da educação" (MOREIRA, 1994, pag 8). Assim, ele não pode ser analisado fora de sua constituição social e histórica. Segundo Moreira (1994), os estudos sobre currículo abordam três temas centrais: 1) a *ideologia*, isto é, como a classe dominante transmite suas idéias sobre o mundo social visando a reprodução da estrutura social; 2) a *cultura*, onde o currículo é uma forma de transmissão cultural incorporando a significação ativa dos materiais recebidos, ou seja, a elaboração por parte do educando do que é transmitido. Está vinculado à estrutura de grupos ou classes sociais, sendo terreno de luta pela manutenção ou superação das divisões sociais; e, 3) o *poder*, o currículo veicula os interesses dos grupos e classes dominantes numa dada sociedade.

"O currículo não é um conceito, mas uma construção cultural. Isto é, não se trata de um conceito abstrato que tenha algum tipo de existência fora e previamente à experiência humana. É, antes, um modo de organizar uma série de práticas educativas" (GRUNDY, 1987 pág 5, apud SACRISTÁN, 2000, pág 14).

A definição de currículo engloba as funções da escola, dentro do contexto social e histórico, em um nível de educação, dentro de uma instituição. O currículo transmitido se reporta à posição adotada pela instituição frente à cultura, refletindo seus interesses concretos. Segundo Young (1980, apud SACRISTÁN, 2000, pag 19), o currículo é o mecanismo através do qual o conhecimento é

distribuído socialmente, sendo reflexo das escolhas sociais, conscientes ou não, concordantes com os grupos sociais dominantes. Para Bernstein (1980, apud SACRISTÁN, 2000, pag 19), “as formas através das quais a sociedade seleciona, classifica, distribui, transmite e avalia o conhecimento educativo considerado público refletem a distribuição do poder e dos princípios do controle social”.

De forma sistemática podemos dizer que: o currículo é a expressão da função socializadora da escola e elemento fundamental para a compreensão da prática pedagógica. Relaciona-se com as estratégias de profissionalização docente, e é o ponto de cruzamento de componentes diversos: pedagógicos, políticos, administrativos, de controle. Corresponde ao cerne da melhora da qualidade do ensino, da mudança das práticas, fomentando (ou não) o aperfeiçoamento dos professores, a renovação institucional e a inovação escolar (SACRISTÁN, 2000).

Sacristán (2000) sumariza: currículo é o projeto seletivo de cultura, social, política e administrativamente condicionado, que embasa a atividade escolar e que se torna realidade dentro das condições da escola tal como se acha configurada (pag 34).

Competências Profissionais

Depresbiteris (2001) aponta o caráter polissêmico do termo competência por vezes descrito como capacidade para aplicar habilidades, conhecimentos e atitudes; habilidade de utilizar o conhecimento a fim de chegar a um propósito; capacidade de utilizar conhecimentos e habilidades adquiridos para o exercício profissional; capacidade de mobilizar saberes_ saber-fazer, saber-ser, saber-agir; capacidade para resolução de um problema.

Perrenould (1999) dá ênfase à capacidade de mobilização de conhecimentos: "só há competência estabilizada quando a mobilização dos conhecimentos supera o tatear reflexivo ao alcance de cada um e aciona esquemas constituídos" (pag 23). Bourdieu (1972, apud PERRENOULD, 1999) chama de “habitus” ao conjunto de esquemas constituídos que permitem práticas adaptadas a situações renovadas. A competência seria a capacidade de orquestração destes esquemas. Segundo Bastien (1997, apud PERRENOULD, 1999) um especialista é competente porque é capaz de dominar rapidamente situações comuns com esquemas que entram em ação automaticamente e porque é capaz de, após uma reflexão, coordenar e diferenciar rapidamente os esquemas de ação e os conhecimentos para enfrentamento de situações inéditas. A reflexão também depende do “habitus”, pois o controle reflexivo da ação, a conscientização e o pensamento formal passam pela implementação de esquemas de pensamento, avaliação e julgamento, os quais podem ser utilizados em contextos diversos. Competência pode ser vista como a construção de disposições e esquemas que permitem mobilizar os conhecimentos na situação específica, no momento certo e com discernimento.

Para DeLuiz (2001) a noção de competência solidifica-se na década de 80, substituindo o modelo de qualificação, o qual se vinculava à escolarização e diplomação e mantinha correspondência aos salários, cargos e carreiras. A mudança para um novo modelo de organização do trabalho baseado em competências não mais enfatiza o saber escolar ou técnico-profissional, mas a capacidade de mobilizar saberes a fim de resolver problemas ou imprevistos, reconfigurando a importância atribuída às qualificações sociais e à subjetividade do indivíduo. Assim, ao buscar o sentido da competência na atuação profissional junto ao idoso, objetiva-se não só o conhecimento, mas sua contextualização dentro do processo de envelhecimento e da prestação de serviços, a capacidade de atuação frente à imprevisibilidade e diversidade de situações, incluindo o trabalhando em equipe interdisciplinar, e a mobilização de conteúdos diversos buscando a atuação integral como profissional de saúde.

As mudanças ocorridas no mundo do trabalho levam o trabalhador/profissional de saúde a lidar com a complexidade advinda do novo, do incerto e do aleatório num processo desestruturado. Há a necessidade de flexibilidade técnica-instrumental e intelectual. O novo trabalho se caracteriza por ser polivalente, integrado, em equipe, com flexibilidade e autonomia.

“Capacidades de diagnóstico e de solução de problemas, e aptidões para tomar decisões, trabalhar em equipe, enfrentar situações em constantes mudanças e intervir no trabalho para melhoria da qualidade dos processos, produtos e serviços, passam a ser exigidas dos trabalhadores no quadro atual de mudanças na natureza e no processo de trabalho [em saúde]” (DELUIZ, 2001, pag 8).

Apesar de sofrer as mesmas alterações, o setor saúde tem especificidades próprias por se caracterizar por um *trabalho reflexivo*, isto é, depende do recrutamento de saberes distintos como o científico, o técnico, as experiências de trabalho e sociais e as dimensões ético-políticas. Também pela *complexidade*, isto é, diversidade profissional, dos atores, das tecnologias, das relações sociais e interpessoais, da organização do espaço e dinâmica; pela *heterogeneidade* devido à variedade de processos de trabalhos coexistentes; e, pela *fragmentação conceitual*, do pensar e fazer, da técnica (pluralidade profissional) e social (divisão social do trabalho e entre as categorias). O trabalho em saúde é marcado pelas relações interpessoais entre os profissionais da equipe, e entre estes e o usuário de forma bastante significativa. Isto envolve mudanças importantes para a formação profissional em saúde (DELUIZ,2001).

A formação profissional no modelo voltado para a qualificação, tradicionalmente se baseava na formação dos trabalhadores com o objetivo de disciplinar e ensinar um ofício. O nível de escolaridade relacionava-se ao nível da complexidade necessária para o exercício profissional, se relacionando com a hierarquia social. Os diplomas atestavam a qualificação profissional, isto é, a capacidade de desempenhar um papel. Com a mudança no mundo do trabalho, que valoriza a subjetividade, o saber tácito, a qualificação real passa a se contrapor à formal. Assim, competência é "... mecanismo subjacente que permite a integração de múltiplos conhecimentos e atos necessários à realização da ação" (pag 20), sendo condição de desempenho pois expressa os recursos articulados e mobilizados frente a uma situação. O desempenho é consequência das competências por ser dependente destas, porém, uma única ação pode mobilizar várias competências, que não correspondem apenas ao resultado do trabalho, mas à reflexão das condições da produção, meios usados, finalidade e organização da ação, além das condições subjetivas e sociais. A formação baseada em competências se denominou pedagogia diferenciada, e se fundamenta em um processo centrado na aprendizagem e não no ensino, na valorização do aluno como sujeito e na construção do conhecimento (Ramos,2001).

Interdisciplinaridade

O debate acadêmico acerca da interdisciplinaridade surge como crítica à fragmentação do saber e da produção de conhecimento. "O reconhecimento da realidade como complexidade organizada implica que se busque compreendê-la mediante estratégias dinâmicas e flexíveis de organização da diversidade percebida, de modo a se compreender as múltiplas interconexões nela existentes" (Lück, 2002, pag 51).

Objetiva trabalhar com uma visão de realidade que ultrapasse os limites disciplinares e conceituais do conhecimento, extrapolando a síntese de conhecimento simplesmente por integração dos seus campos de origem, mas visando à associação dialética entre dimensões polares como teoria e prática, ação e reflexão, conteúdo e processo. A prática interdisciplinar permite a superação da fragmentação, linearidade e artificialização, tanto do processo de produção do conhecimento, como do ensino e do afastamento em relação à realidade (Lück,2002).

A interdisciplinaridade objetiva "a realização do homem [sic] como pessoa, em todas as suas dimensões; a superação de individualismo, desesperança, desajustamentos, enfim, problemas existenciais, oriundos de uma ótica fragmentadora; a integração política e social do homem no seu meio" (Lück, 2002 pág 55). Estes objetivos cabem à educação no sentido de formar o ser humano em todas as dimensões para a vida em sociedade.

No campo da ciência, a interdisciplinaridade mostra a necessidade de superar a fragmentação da produção de conhecimento. Seu objetivo é superar a visão restrita de mundo e compreender a complexidade da realidade, resgatando a centralidade humana na realidade e na produção do conhecimento como ser determinante e determinado. Representa uma nova consciência da realidade, do pensar, ambicionando a troca, a reciprocidade e a integração entre diferentes áreas, objetivando a resolução de problemas de forma global e abrangente.

“O pensar e o agir interdisciplinar se apóiam no princípio de que nenhuma fonte de conhecimento é, em si mesma, completa, e de que, pelo diálogo com outras formas de conhecimento, de maneira a se interpenetrarem, surgem novos desdobramentos na compreensão da realidade e sua interpretação" (Fazenda, 1979)

Lück (2002) aponta para os pressupostos que sustentam esta afirmativa. A realidade é construída mediante uma teia de eventos e fatores que ocasionam conseqüências encadeadas e recíprocas, é dinâmica, em contínuo movimento, e construída socialmente. A verdade é relativa, pois o que se conhece depende diretamente da ótica do sujeito, não tendo significado próprio, sendo este a ela atribuído pelo ser humano. Desta forma, a interdisciplinaridade vem como uma reação a esta fragmentação, em diversos campos como o da ciência, onde pretende contribuir para a superação da dissociação do conhecimento produzido. Na educação representa uma condição para a melhoria de qualidade mediante a superação contínua da sua clássica fragmentação disciplinar, uma vez que orienta a formação global.

“O enfoque interdisciplinar consiste num esforço de busca global da realidade, como superação das impressões estáticas, e do hábito de pensar fragmentador e simplificador da realidade. Ele responde a uma necessidade de transcender a visão mecanicista e linear e estabelecer uma ótica globalizadora que vê a realidade, em seu movimento, constituída por uma teia dinâmica de inter-relações circulares, visando estabelecer o sentido de unidade que ultrapassa as impressões fracionadas e o hábito de pensar e de exprimir-se por pares e opostos, como condição e resultado final do processo de produção do conhecimento" (Lück, 2002, pág 72).

É necessária uma mudança de atitude individual e institucional para que a interdisciplinaridade floresça. No campo da saúde, a interdisciplinaridade acena com a possibilidade da compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença (Feuerwerker, 1998). A construção da interdisciplinaridade ultrapassa a renovação da estratégia educativa, necessitando ser consolidada pela reestruturação acadêmica e institucional via o compromisso com a formação do profissional adequado para prestar, no campo da saúde, atendimento eficaz, humano e baseado nas demandas do processo saúde-doença (Sobral, 1990).

A rapidez com que o conhecimento se altera, a dialética da realidade social, a partir da noção de contradição, na qual a realidade pode ser una e diversa ao mesmo tempo, mostra que, embora um dado problema possa ser delimitado, não se pode desconsiderar as inúmeras determinações e mediações históricas que o constituem. Segundo Morin, (1990, apud Toralles-Pereira, 1998 pag 149), é necessário se conscientizar da complexidade de toda a realidade em suas várias vertentes. Toralles-Pereira (1998) enfatiza o conhecimento como uma trama de relações complexas, requerendo cada vez mais trabalho interdisciplinar e novas formas de interação comunicativa.

Vasconcelos (2002) define tipos de “práticas” de produção de conhecimento e interpretação da realidade como a *multi*, *inter* e *transdisciplinares* contextualizando-as. A prática *multi* é composta por campos de saber simultâneos, que mantêm um objetivo único, porém sem cooperação, realizando um trabalho isolado e sem troca de informações. Na *pluri*, há uma justaposição de campos em um mesmo nível, onde aparecem as relações existentes entre eles, com objetivos múltiplos e cooperação, porém sem coordenação. A prática *pluri-auxiliar*, utiliza um ou mais campos, com o domínio de um deles, que funciona como receptor e coordenador, e trabalha em dois níveis com os objetivos dados pelo campo coordenador. Na *trans*, há a estabilização de um campo teórico, aplicado ou disciplinar de tipo novo ou mais amplo em relação aos que lhe embasam. E a *inter*, onde a interação participativa constrói um eixo comum a um grupo de saberes, apresenta objetivos múltiplos, com horizontalização das relações de poder e coordenação. Busca uma mudança estrutural que gere reciprocidade, identificação de problemática comum, num trabalho conjunto, colocando os princípios e conceitos básicos dos campos originais em um esforço de decodificação em linguagem mais acessível e de tradução de sua significação para o senso comum incorporando o interesse na aplicabilidade do conhecimento produzido. Há, portanto, uma recombinação dos elementos, o que permite com o tempo a criação de campos novos de saber: teóricos, práticos ou disciplinares.

“Essas práticas implicam um sério questionamento e re colocação em novas bases dos princípios e da formação convencional aprendidos pelos profissionais nos cursos universitários tradicionais, exigindo uma cultura institucional nova nos serviços,

capaz de oferecer um clima favorável para este processo de reelaboração efetiva das relações de poder nas equipes, apesar de todos os atravessamentos..." (VASCONCELOS, 2002, pag 114)

Para Vasconcelos (2002) as práticas *inter* se desenvolvem em campos como as disciplinas, teorias, paradigmas, campos epistemológicos, profissões e campos de saber/fazer. Porém, o termo "disciplina" é utilizado mais frequentemente para exprimir este contexto _ a interação entre fronteiras de saber.

Vasconcelos (2002) ressalta os obstáculos e limitações encontrados. No campo das profissões e instituições, o conflito se deve ao processo de inserção histórica na divisão social e técnica do trabalho e na constituição dos saberes enquanto estratégia de poder e ao mandato social sobre um campo de saber. A formalização das profissões acompanha-se de um reconhecimento de reivindicações de um saber e competência exclusivos, às quais é atribuído um mandato social para tomar decisões, realizar tarefas específicas, controlar recursos e responsabilidade legal, cristalizando uma divisão social e técnica do trabalho. A legislação profissional e assistencial influencia as práticas profissionais e também as políticas sociais, a sociedade civil e o estado. A institucionalização de organizações corporativas como sindicatos e conselhos, que estabelecem fronteiras de saber e competência, exercem controle na formação e prática, normas éticas e defendem interesses econômicos e políticos de cada grupo. A cultura profissional tende a assumir valores culturais, imaginários e identidades sociais, preferências técnicas e teóricas, estilos de vida, padrões de relação com a clientela, com a sociedade e com a vida política.

É importante conhecer as dinâmicas da cultura e as identidades profissionais, já que comportam-se como barreiras aos estímulos ambientais, estabelecendo os "rituais de verdade" e padrões de competência, além de organizarem dispositivos de ação, conferindo segurança e *status* aos profissionais. As práticas na saúde, inclusive, convivem com um conjunto de estratégias de saber/poder, de competição intra e intercorporativa e de processos institucionais e socioculturais que impõem barreiras profundas à troca de saberes e às práticas interpessoais colaborativas e flexíveis.

Outro fator de dificuldade é a precarização das condições de trabalho, onde os vínculos informais e frágeis, a multiplicidade de ocupações, a competitividade e a introdução de tecnologia levam a uma situação onde a estruturação e o desenvolvimento da equipe tornar-se difícil.

Fatores importantes na implementação das práticas interdisciplinares incluem a flexibilização dos mandatos sociais através da discussão das legislações profissionais, o incentivo para a ampliação destas práticas na formação básica dos profissionais, nos cursos de graduação e pós-graduação buscando uma nova profissionalização, capaz de enfrentar os desafios teóricos e práticos dos campos transdisciplinares. Inclui vislumbrar a integração do ensino-pesquisa-extensão, a mudança da

hierarquia institucional para uma estrutura democrática e horizontal, e a possibilidade da análise e quebra das defesas corporativas, permitindo a troca e o aprendizado, e a reconstrução das bases profissionais (Vasconcelos,2002).

Questões institucionais como o envolvimento de diferentes departamentos, disciplinas ou profissões, em especial na universidade, dificultam a constituição de um campo interdisciplinar (BASS, 2000).

Vasconcelos (2002) ressalta a importância da escuta e participação ativa dos usuários e familiares nos projetos assistenciais e de pesquisa, possibilitando a reafirmação da complexidade de suas realidades, demandas e sua avaliação do processo de assistência ou pesquisa.

5.2_ A Graduação Médica

Segundo a OMS (1991) todos os sistemas de saúde necessitam de mudanças, a fim de assegurar o acesso ampliado da população. Apesar da importância dada a todos os profissionais de saúde na formatação e operação dos sistemas de saúde, os médicos têm atuação estratégica neste processo. Porém, esta posição tem sido maculada pela perda da sua legitimidade social. A insatisfação dos consumidores com os serviços prestados se deve, por um lado, ao melhor nível de informação da população e por outro à restrita competência dos médicos e profissionais de saúde para enfrentar os desafios da humanização do cuidado, da integralidade, da maior participação do consumidor, a incorporação de tecnologia, os custos, a promoção e a educação da saúde. Estes desafios envolvem uma mudança na prática médica e conseqüentemente na educação médica.

A OMS (1988) preconiza programas educacionais que objetivem a capacitação para o atendimento na atenção básica, sugerindo que os programas de educação multiprofissional são instrumentos centrais para este objetivo. Durante seu período de formação, alunos de diferentes profissões da área de saúde aprendem juntos as habilidades necessárias para o enfrentamento dos problemas de saúde de suas comunidades, com ênfase no aprendizado do trabalho interativo, baseado nos problemas prioritários de saúde da comunidade, se desenvolvendo através do contato direto com as pessoas e em diversos cenários de prestação de serviços.

Os programas educacionais devem incentivar que os membros da equipe aprendam a trabalhar de forma conjunta e eficiente, a compreender a responsabilidade do grupo como equipe, e o papel de cada membro do grupo dentro da responsabilidade da equipe. Estas habilidades não são adquiridas quando os alunos são expostos a programas de treinamentos individuais. O treinamento conjunto permite que os profissionais desenvolvam características como a da *adaptabilidade*, entendendo-a como a habilidade em resolver os problemas como equipe, de reagir de forma flexível frente às

demandas do meio, para incorporar diferentes profissionais, representantes da comunidade e usuários como tendo contribuições importantes para o objetivo final; o do senso de *identidade*, baseado no conhecimento e percepção do que é a equipe e o que ela pode fazer e o compromisso de cada um do grupo com o objetivo final; e da habilidade em descobrir, perceber adequadamente e interpretar corretamente as particularidades do meio que são relevantes para o funcionamento da equipe.

Sabemos que a transição demográfica e epidemiológica traz importantes conseqüências para a educação do profissional de saúde. Da etapa caracterizada pelas doenças transmissíveis vinculadas à pobreza, má nutrição, higiene e saneamento básico, incorporamos as doenças crônico-degenerativas, e as patologias sócio-ambientais, onde se destacam a degradação do ambiente, das condições de trabalho e da sociedade através das drogas, violência e acidentes.

A questão que se coloca é que hoje, principalmente os países em desenvolvimento sofrem de uma cumulação epidemiológica. A complexidade deste quadro, onde a violência convive com o recrudescimento de doenças transmissíveis, com índices ainda altos de mortalidade infantil e com o aumento da expectativa de vida, é o desafio da educação médica.

Segundo Ferreira (2001), o perfil profissional médico formado segue níveis de complexidade sucessiva. No *primeiro*, predominam as intervenções vinculadas às inovações tecnológicas, objetivando a cura, num modo de produção especializado, institucional, com múltiplos profissionais. Este modelo traz um aumento de custo progressivo e desequilíbrio da relação custo-benefício. No *segundo* abre-se a possibilidade de articulações entre os autores sociais. A prática prioriza os problemas de saúde coletiva, tendendo ao trabalho de equipe, com uma orientação mais humanitária e maior participação social, onde a ênfase é dada para as ações e não para a excelência técnica. O trabalho médico tem base mais ampla e atua de forma interdisciplinar, com maior resolutividade e redução de custos. No *terceiro*, num cenário futuro, se daria a transformação dos conteúdos das práticas, se estabelecendo uma nova ordem na orientação das políticas de saúde, centrada em determinantes histórico-sociais.

Todas estas questões apontam para o desafio da formação do profissional de saúde, neste caso o médico, no desenvolvimento das competências necessárias para a prática profissional no contexto de mudanças profundas vividas no mundo do trabalho em saúde.

O ensino médico vem passando por um processo de remodelamento, a fim de enfrentar as mudanças trazidas pela crise da saúde pública, do papel da medicina na produção social da saúde e da relação médico-paciente. Este processo, embora venha mobilizando docentes, alunos e gestores acadêmicos ainda está longe de sua conclusão.

No que tange à graduação e à pós-graduação, desde do Relatório Flexner (Flexner, 1910, apud Feuerwerker, 1998), com o incentivo ao desenvolvimento científico nas escolas e à especialização, até a Conferência de Alma-Ata, com a conceituação de saúde como qualidade de vida, inúmeras

discussões emergiram acerca do ensino e formação do profissional de saúde, em especial do médico. Porém, ao longo dos anos, houve um baixo impacto destas formulações nas orientações curriculares no Brasil. Uma explicação levantada por autores como Garcia (1972) é que as mudanças curriculares ocorreram desconsiderando a contradição estrutural da educação médica, a da irreprodutibilidade social das práticas hegemônicas dos docentes médicos, para os quais a prática continua sendo (em parte) liberal.

Ou seja, a crise da educação é também a crise do modelo liberal do trabalho médico. Questões como: custos, a importância relativa da clínica e do laboratório, a medicina preventiva, a formação humanista e os direitos dos pacientes, assim como o avanço científico e tecnológico, a hiperespecialização, o assalariamento, e o advento das empresas seguradoras de saúde têm temperado a discussão sobre educação médica, com embates importantes entre os grupos de interesse.

A modificação da relação médico-paciente se dá pela perda do controle pelo médico das condições de trabalho e pela intermediação institucional. A especialização levou à fragmentação da totalidade do paciente: o cuidado é fornecido em partes, com conseqüente fragmentação da responsabilidade pelo cuidado do indivíduo, havendo nisto uma analogia com a estrutura fragmentada do currículo nas escolas.

Este processo de crise, observável ao longo das últimas décadas nas sociedades ocidentais, implica numa perda da identidade da medicina como profissão. Os atributos que caracterizam uma profissão são: a prática da ocupação em tempo integral, sendo esta a fonte de remuneração; a vocação _ os profissionais aceitam normas e modelos apropriados e se identificam com seus pares; a profissão organiza-se a partir de interesses da categoria, controlando o acesso, seleção, projeção e regulamentação dos participantes; a educação formal é dada pela universidade, havendo um currículo mínimo legitimado; serve aos interesses da coletividade e tem praticidade social; existe autonomia no seu exercício. (Moore, 1970, apud Machado, 1995). Para Wilensky (1970, apud Machado 1995), uma profissão tem um caráter técnico e incorpora conhecimento adquirido de forma sistemática por treinamento escolar, que é transmitido por outros profissionais com a mesma linguagem.

Hoje, os contextos organizacionais ameaçam a autonomia profissional e impõem um trabalho através do assalariamento e da intervenção crescente do Estado (que provoca reorganização dos fatores envolvidos na produção de serviços) com redefinição das formas sociais do trabalho. Assim, há uma perda da propriedade ou controle pelo produtor direto do processo de trabalho, no caso, o médico. A sua atuação está muitas vezes limitada no tempo exíguo para a consulta, nos exames permitidos pela seguradora ou disponíveis no sistema público, a exposição aos processos jurídicos, os quais contribuem para o distanciamento entre os atores finais_ o médico e o cliente, para a falta de compromisso com o problema individual e a para fragmentação da atenção.

O currículo não acompanha a complexidade da prática. Problemas conceituais pouco abordados incluem a mercantilização do setor saúde na educação; a formação geral do médico e do médico generalista, o ensino baseado no hospital; a indefinição em relação ao estabelecimento do perfil profissional adequado às necessidades da população e as relações entre saúde coletiva e processo de formação dos profissionais de saúde. Além disto, observa-se uma dificuldade em articular disciplinas básicas e clínicas; a insuficiente abordagem dos problemas pedagógicos da educação médica, como a centralização do ensino no professor e a pouca influência que a introdução de disciplinas como sociologia ou ciências do comportamento teve sobre o ensino médico (Feuerwerker, 1998).

Questões como a organização do sistema de saúde e mercado de trabalho, a valorização das determinações legais nas relações entre universidade e serviços e a insuficiência de propostas de integração docente-assistencial também fizeram parte das discussões, sem que atinjam o impacto desejado.

Pode-se, no entanto, observar uma evolução. Hoje, as políticas se dirigem à formação do profissional de saúde e não só do médico. Há a necessidade de um compromisso institucional com o processo, há a articulação com serviços de saúde, e há o convite para a comunidade/paciente participar da discussão. Isto pode ser observado nos trabalhos da Rede Unida ou no PROMED (Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina) descrito a seguir.

5.2.1 _ As Diretrizes Curriculares

A necessidade do diálogo entre saúde e educação e da interação entre serviço e universidade remonta à Constituição (BRASIL, 1988), a qual estabelece no art 200 que “ao SUS compete:... III – ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”.

A Lei 8080 _ Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), reitera esta competência do SUS e cria a comissão intersetorial de recursos humanos, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (art 13). Seus objetivos quanto à política de formação de RH estão descritos no título IV: “A política de recursos humanos será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos diferentes objetivos: I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal”. Além de comprometer o aparelho de estado com a formulação da RH, a Lei Orgânica da Saúde define ainda que “Os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de práticas para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional”. Porém, apenas recentemente essa prerrogativa legal vem sendo observada, especialmente no que tange à formação no nível da graduação.

A partir de demanda da Lei de Diretrizes e Bases (LDB, 1996), as carreiras da área de saúde organizaram-se para discutir diretrizes curriculares para vigorarem em todo território nacional. As Diretrizes Curriculares para a Educação Médica, homologadas pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2001, vêm normatizar questões já citadas, como o modelo pedagógico centrado no estudante, o equilíbrio entre teoria e prática, a contraposição entre a inclusão de novas tecnologias e as demandas sociais, as mudanças epidemiológicas, o foco na promoção da saúde e prevenção de doenças num sistema de saúde hierarquizado.

Magalhães (2003), analisando as diretrizes, destaca como objetivo a formação de profissionais aptos a lidar com questões atuais, dentro do SUS, permitindo, através da metodologia de *aprender a aprender*, capacitá-los para atuarem de forma integral, humana, em equipe, voltados para o atendimento aos indivíduos, famílias e comunidades.

As diretrizes trazem em seu texto mudanças muito significativas, inclusive no que se refere à atenção à saúde do idoso, por exemplo:

Artigo 3º o ensino tem por objetivo habilitar um médico “capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”. Estas diretrizes são centrais para qualquer área de atuação profissional, e são particularmente importantes para a geriatria.

O *Artigo 4º* dispõe sobre os conhecimentos necessários para o exercício de competências e habilidades gerais que incluem: ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação individual e coletiva, integração da prática com as várias instâncias do sistema de saúde, pensamento crítico, padrões de qualidade e ética nas ações que não se restringem ao ato técnico, mas a resolução dos problemas de saúde individuais e coletivos; tomada de decisão incluindo a avaliação criteriosa das tecnologias e procedimentos; habilidade de comunicação com outros profissionais e com o público; liderança dentro da equipe multiprofissional; gerenciamento e administração; e capacidade de aprendizado contínuo.

O *Artigo 5º* objetiva competências e habilidades específicas: promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade; comunicar-se adequadamente; informar e educar pacientes, familiares e comunidade na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; conhecer a natureza biopsicossocio-ambiental da prática em saúde; diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano *em todas as fases do ciclo biológico*; reconhecer as limitações de sua prática e encaminhar corretamente quando necessário; utilizar adequadamente recursos semióticos e terapêuticos (...) para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção; reconhecer a saúde como direito e garantir a

integralidade da atenção; atuar desde a promoção da saúde até o acompanhamento do processo de morte; atuar em equipe multiprofissional.

No *Artigo 6º* lê-se: “Os conteúdos essenciais... devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina”. Isto contempla os determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais do processo saúde-doença, assim como uma visão de relação médico-paciente; o diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica em todas as fases do ciclo de vida; além da compreensão dos processos fisiológicos, incluindo o envelhecimento e a morte.

O processo de transição demográfica, vivido atualmente pelo país, emerge então como uma questão curricular relevante. O correto levantamento de dados e a inclusão das especificidades do envelhecimento e o conhecimento das demandas trazidas pela população idosa são fundamentais para seu desenvolvimento.

O *Artigo 12º* dispõe sobre a estrutura do curso que deve_ “I. Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde”; “II. Utilizar metodologia que privilegie a participação ativa do aluno na construção do conhecimento”; “III... desenvolver valores orientados para a cidadania”; “IV. Promover a integração e a interdisciplinaridade... buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais”; “V. Inserir o aluno precocemente em atividades práticas”; “VI. Utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem...”; “VII. Propiciar interação ativa com usuários e profissionais desde o início...”; “VIII. Vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS”.

Como podemos observar, conhecimentos e habilidades vinculados à atenção ao idoso estão contemplados nas novas diretrizes, bastando lembrar que envelhecimento faz parte do ciclo de vida. Sua ausência ou insignificância, na concepção do currículo construído socialmente, faz-nos pensar sobre a restrita importância atribuída socialmente a esta parcela da população, e ao pouco entendimento do idoso como um importante ator social.

Entretanto, embora a Constituição vincule a formação de Recursos Humanos (RH) ao setor saúde e ao SUS, sua normatização depende do Ministério da Educação (MEC) o que restringe o desenvolvimento de RH e potencialmente dificulta a atenção integral à saúde e a melhora da qualidade do atendimento à população.

Iniciativas para mudar estes cenários começam a ser implantadas. O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação criaram o PROMED (Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina) com o objetivo de reorientar os produtos da escola médica a partir das novas diretrizes curriculares. Este se baseia no estabelecimento de protocolos de cooperação entre os

gestores do SUS e as escolas, pelo deslocamento do eixo do ensino para uma ênfase integralizadora do processo saúde/doença e da promoção da saúde, propiciando a ampliação dos cenários e da prática na rede de serviços básicos, o favorecimento de metodologias pedagógicas ativas, visando a preparar os alunos para a auto-educação. A estratégia utilizada baseia-se em três eixos com seus vetores específicos. No eixo *Orientação Teórica* se trabalha com a produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS, incluindo a oferta de pós-graduação e de educação permanente. No eixo *Abordagem Pedagógica* os vetores são as mudanças pedagógicas e a interação entre o ciclo básico e profissional. O terceiro eixo trata dos *Cenários de Práticas*, trabalhando com os vetores de diversificação de cenários do processo de ensino e abertura dos serviços universitários às necessidades do SUS. Das 55 escolas candidatas ao PROMED, 20 foram selecionadas e estão desenvolvendo o projeto.

A Rede UNIDA vem trabalhando na mobilização de mudanças nas carreiras da área da saúde, como no projeto PRÓ-SAÚDE I – Programa Paranaense de estímulo às mudanças nos cursos de medicina, enfermagem, odontologia e farmácia, onde é dada ênfase à multiprofissionalidade.

A Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM), através do projeto de Rede de Apoio à Educação Médica (RAEM), vem cuidando da disseminação das experiências bem sucedidas, que aliada a adequação dos mecanismos de avaliação governamental sobre as escolas médicas, e a troca de experiências, apontam para perspectivas promissoras a médio prazo (RAEM¹⁵).

5.2.2 _ A Geriatria e Gerontologia na Graduação Médica

O “Teaching Geriatrics in Medical Education Study” (Keller, 2002) consiste em um estudo feito pela OMS na intenção de conhecer como a geriatria está sendo incorporada no currículo em diversos países, posto que os princípios básicos deste cuidado não podem ser uma questão exclusiva dos especialistas.

Como premissa, entende-se que esta inserção se faz necessária devido ao aumento da proporção de idosos, levando a uma mudança na demanda dos sistemas de saúde, principalmente nos países com incipiente cobertura na saúde e seguridade social. É necessário se contrapor às mudanças trazidas pela urbanização, na estrutura familiar, pela participação da mulher na força de trabalho, na forma de pensar cuidado de saúde comunitário e permanente

O estudo se baseou em dois questionários. Um realizado no nível nacional, nos países participantes, onde se destacaram questões gerais sobre a educação médica e sobre a inclusão da

¹⁵ Rede de Apoio à Educação Médica (RAEM). Disponível em < www.abem_educmed.org.br/raem >

geriatria no currículo. Um segundo questionário, de caráter institucional, avaliava o treinamento oferecido nas escolas¹⁶.

Nos países onde há currículo ou orientação nacional (50% do universo pesquisado), 41% mencionam a geriatria de alguma forma, sendo em metade destes a inclusão mandatória. Em relação aos dados do treinamento local, os países foram divididos de acordo com sua economia e a avaliação se baseou no treinamento oferecido, instalações, características e conteúdos relacionados ao envelhecimento no currículo geral. As escolas onde a geriatria não é ensinada (27% das avaliadas) apresentaram como razão para isto o fato da geriatria não constar do currículo nacional, o idoso não ser uma prioridade, não haver interesse do aluno ou da escola e não haver professores aptos para a função.

Como resultado os países foram divididos em três grupos:

- Os de população envelhecida e fraca educação em geriatria, que necessitam grande mudança no sistema de saúde e um aumento nas oportunidades de treinamento em cuidado multidisciplinar. O estudo preconiza que a introdução deste conteúdo na graduação ocorra por iniciativa das faculdades ou por ação governamental.
- Os de população predominantemente jovem e fraca educação em geriatria, que necessitam do fortalecimento do treinamento no cuidado para idosos.
- Os de população envelhecida e forte educação em geriatria, onde normalmente a geriatria está incluída no currículo ou nos objetivos nacionais.

Este estudo nos mostra que mesmo em países com rápido processo de envelhecimento, a inserção da geriatria no currículo pode ainda não ser vista como prioridade. A American Geriatrics Society (2000, 2001, 2002) propõe que a gerontologia e geriatria sejam integradas no currículo a cada ano da escola médica e a experiência em geriatria seja requerida para completar a formação em medicina.

Mudanças necessárias e propostas para a educação médica só passarão a afetar os serviços após 10 a 15 anos de sua implementação (OMS, 1991). A escola médica e a universidade devem usar seu potencial e recursos a fim de enfrentar este desafio, já que o processo de envelhecimento não é uma realidade futura, mas presente no cotidiano dos profissionais e da população. As medidas para este enfrentamento precisam ser estimuladas desde já para a graduação, enquanto se colocam em prática estratégias como a educação permanente e continuada para os profissionais em atuação.

O envolvimento das Instituições de Ensino Superior (IES) é central neste processo, pois dispõem dos recursos intelectuais, possibilitam a continuidade das ações, podem transferir tecnologia e influenciar as futuras gerações de dirigentes de saúde (Silvestre, 1999).

¹⁶ O Brasil não foi analisado por não ter mais de 50% de suas escolas médicas respondido ao questionário. Foram somente 7 escolas respondentes de um total de 90. A baixa adesão das escolas ao projeto parece ser significativa,

A universidade hoje tem que fazer frente ao desafio de produzir conhecimento, formar profissionais adequados às necessidades sociais e prestar serviços de qualidade à sociedade. Uma das estratégias utilizadas é a diversificação de cenários de ensino-aprendizagem. Esta não se relaciona somente ao local onde se desenvolve a prática, mas "à incorporação e à inter-relação entre métodos didáticos pedagógicos, áreas de prática 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" (Feuerwerker e cols, 2000, pág 40). Esta é uma estratégia indutora de mudanças e de uma nova forma de pensar a formação profissional, através da incorporação de estudantes e docentes no processo de produção de serviço. Ela permite a mudança da perspectiva de intervenção, da construção de ações e estratégias de controle de doenças e promoção de saúde, estabelecendo relações horizontais de colaboração entre os participantes, incluindo o usuário. Favorece a articulação entre teoria e prática e o trabalho interdisciplinar. Estes cenários são espaços de conflitos entre os poderes, entre as escolhas políticas e éticas, se traduzindo como uma alternativa para mudança das práticas de saúde e de formação de recursos humanos. A participação no cotidiano dos serviços permite a vivência da realidade, tendo o processo pedagógico seu centro na solução de problemas, na construção de um contrato ético e político entre os profissionais e usuários, transformando o processo de trabalho.

Esta estratégia de diversificação de cenários, maior contato com serviços e usuários e trabalho interdisciplinar é central na formação de profissionais capazes de atuar junto ao processo de envelhecimento e com idosos. Esta tática favoreceria a redução do preconceito contra os idosos, e uma melhor compreensão de seu papel social, principalmente no contato com idosos saudáveis. Também permite o enfrentamento do processo de envelhecimento do próprio profissional de saúde e sua postura perante este, e o melhor entendimento do seu papel na integralidade da atenção à saúde. O desenvolvimento precoce do trabalho em equipe e a inserção do aluno em atividades com complexidade crescente possibilitam a compreensão da importância e papel dos diferentes profissionais que compõe a equipe, com redução de preconceitos e barreiras previamente estabelecidas, e a compreensão de seu papel no sistema de saúde.

Apesar da idéia de adequação curricular e necessidade de treinamento estarem colocadas tanto na PNI quanto na PNSI, não há uma especificação das competências a serem desenvolvidas nestes processos ou das diretrizes a serem seguidas para tal. Este estudo visa a contribuir para preencher esta lacuna.

5.2.3 _ Características da Formação Profissional Desejável para a Graduação em Geriatria e Gerontologia

Baseado nas questões apresentadas anteriormente, podemos sistematizar alguns pontos relevantes para a formação do profissional médico. As Novas Diretrizes Curriculares ainda se encontram em processo de implantação, não estando vigentes na maioria das escolas médicas brasileiras. É importante trabalhar pela sua completa implementação, assim como de projetos como o PROMED. Um aspecto claro nas Diretrizes é a importância de se formarem médicos aptos a trabalhar com atenção básica e segundo dados epidemiológicos e demográficos. Isto nos dá dimensão da relevância da inclusão da geriatria e gerontologia nos currículos.

Na implementação das diretrizes, é necessário empreender esforços de inclusão de conteúdos sobre envelhecimento, saúde do idoso, trabalho em equipe e a noção de saúde ampliada em todas as disciplinas ao longo do curso. A introdução dos conteúdos de geriatria e gerontologia envolve desde as áreas básicas, como fisiologia, bioquímica, farmacologia, passa pelas disciplinas da área clínica, envolvendo as disciplinas das Ciências Humanas. As mudanças no objeto do trabalho em saúde, a construção do trabalho em equipe, do conceito de planejamento da abordagem, de reabilitação e manutenção da capacidade funcional, a importância da interação dos fatores psico-socio-econômico-ambientais no processo saúde-doença, assim como os conhecimentos para a prevenção, promoção e educação em saúde são centrais.

É importante fomentar atitudes como o reconhecimento do preconceito contra o envelhecimento, da diversidade entre os idosos, a importância do apoio ao trabalho do cuidador da família e a relação entre qualidade de vida e prolongamento de vida. As questões específicas da geriatria e gerontologia que incluem o conhecimento das síndromes geriátricas e suas abordagens, e as principais questões e doenças que envolvem esta população, como maus-tratos, distúrbios afetivos e exercício da sexualidade, o uso dos instrumentos de avaliação da capacidade funcional e cognitiva, a avaliação geriátrica ampla, o treinamento em equipe e em diferentes cenários podem ser inseridos no currículo. Também o conhecimento do sistema de saúde e dos recursos de apoio social são questões importantes.

Em um modelo de currículo modular, é esperado que a saúde do idoso seja contemplada, assim com as demais fases do ciclo vital, devendo os conhecimentos básicos já estarem incluídos no currículo. Desta forma, cabe ressaltar as questões específicas da geriatria e gerontologia citadas anteriormente

Os Quadros 1 e 2 do Anexo 1 (pág 91) sinalizam especificidades para a graduação não discriminadas nas diretrizes. No Quadro 1, Barry (1997) prioriza as habilidades e competências vinculadas ao trabalho em equipe interdisciplinar, o conhecimento das funções e papel de cada

profissional, assim como da importância para o idoso deste trabalho. É focado também o conhecimento dos princípios básicos da geriatria, o que inclui recursos disponíveis para o suporte, o desenvolvimento de atitude positiva e sensibilidade na abordagem aos idosos.

No Quadro 2 (pág. 92), estão sistematizadas atitudes, conhecimentos e habilidades sugeridas para a graduação. Podemos observar que no item *atitudes* existem pontos específicos para a saúde do idoso: diversidade entre os idosos, o equilíbrio entre qualidade e prolongamento de vida, valorização do trabalho de todos os membros da equipe, o reconhecimento dos idosos como parte da sociedade, o preconceito relacionado ao envelhecimento de si próprio e do outro, a importância relativa da idade cronológica, o trabalho do cuidador, a mudança do paradigma do trabalho em geriatria mediante mais otimização funcional que cura.

Em relação ao item *conhecimento*, o corpo deste conteúdo está incluído em “saúde do idoso” dentro das diretrizes. Somente cabe ressaltar as síndromes e doenças comuns no envelhecimento, o processo de planejamento de metas para abordagem em equipe e o conhecimento dos recursos de suporte sociais disponíveis e as características do sistema de saúde.

Em relação ao item *habilidades* é preconizado treinar o aluno na avaliação geriátrica ampla, avaliação funcional, cognitiva, da marcha e equilíbrio, e na capacidade de comunicação, mesmo em presença de déficits sensoriais. Tais testes são de execução relativamente simples, podendo constar das atividades regulares da graduação.

É fundamental ressaltar a importância do treinamento com idosos durante toda a graduação, pois isto reduz o preconceito, principalmente quando o aluno é colocado junto a idosos saudáveis, do treinamento em equipe, em cenários diversos, além da articulação do processo de ensino-pesquisa-extensão que permite ao aluno contextualizar melhor seu papel social através de contribuições concretas às instâncias prestadoras de serviço (Aguiar e Cordeiro, 2004).

Assim, este profissional recém-graduado estará apto a lidar com a complexidade e especificidade características da população idosa, além de estar mais preparado para o trabalho na atenção básica.

5.3_ A Pós-Graduação *Lato Sensu*

5.3.1 _ A Especialização Médica

O Conselho Federal de Medicina (CFM), em sua resolução 1634/2002, anexo I, define *especialidade* como “núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de segmentos da dimensão bio-psico-social do indivíduo e da coletividade”. O reconhecimento de especialidades depende do preenchimento dos seguintes

critérios: complexidade das patologias e acúmulo do conhecimento em uma determinada área de atuação médica que transcenda o aprendizado do curso médico e de uma área raiz, em um setor específico; relevância epidemiológica e demanda social definida; programa de treinamento teórico-prático, por um período mínimo de dois anos, conduzido por orientador qualificado da área específica; conjunto de métodos e técnicas, que propiciem aumento da resolutividade diagnóstica e/ou terapêutica; e, reunir conhecimentos que definam um núcleo de atuação próprio que não possa ser englobado por especialidades já existentes (CME, 2002).

Nos últimos quarenta anos, as especialidades médicas tiveram grande desenvolvimento. Este processo trouxe, tanto um progresso na produção de conhecimento biomédico, como uma fragmentação na capacidade de intervenção prática, na aquisição de conhecimentos, além de uma mudança na organização da prática médica. A redução da prática generalista gerou um aumento do número de consultas e pedidos de exames, e uma redução de resolubilidade dos problemas individuais de saúde. Na relação médico-paciente, a fragmentação do indivíduo em órgãos e sistemas teve como consequência a precarização dos vínculos desta relação, da responsabilidade profissional em relação à saúde geral do paciente, resultando em freqüente insatisfação do cliente. Também o processo de formação na graduação sofreu a inserção de conteúdos especializados, com a fragmentação e a perda da terminalidade do curso (Feuerweker, 2002).

Existem duas formas de ser especialista: a residência médica e o exame de sua sociedade. Porém, a RM se mantém como principal mecanismo formador.

No Brasil, pesquisa realizada em 1995 (Machado, 1996), mostra que uma grande parcela dos médicos procura a especialização, 59% dos médicos possuíam título de especialista, tendo 74% cursado programa de Residência Médica, 24% cursado dois programas e 40% declararam ter freqüentado apenas curso de especialização.

O mercado de trabalho e sua organização têm tido forte influência no perfil do profissional médico na demanda por especialistas, principalmente na pós-graduação, em especial sobre a RM. Isto se deu pelo grande desenvolvimento tecnológico, da área de equipamentos e na utilização de um modelo de atenção baseado na tecnologia.

Até a criação, em 2002, da Comissão Mista de Especialidades (CME), o estabelecimento de uma especialidade médica não tinha um mecanismo claramente definido. As três entidades envolvidas, CFM, AMB e CNRM apresentavam números distintos e diferenças entre as especialidades reconhecidas.

Segundo estudo sobre as especialidades médicas (Seixas, Projeto BRA 90-32), 70% das sociedades médicas entrevistadas referiram ter critérios próprios para a regulação da formação além dos da CNRM, metade referiu realizar algum controle de qualidade sobre os serviços credenciados como centro de ensino e 10,4% informou desenvolver atividade regular de avaliação da prática.

O mesmo estudo concluiu que o MS deveria ter uma participação no desenvolvimento de critérios que permitam identificar e definir necessidades de especialidades para o SUS nas diversas regiões, considerando o perfil epidemiológico, a capacidade instalada da rede e o mercado de trabalho.

A Comissão Mista de Especialidades (2002), integrada pela AMB, CFM e CNRM, apresentou, em seu relatório final, o reconhecimento de 50 especialidades e 64 áreas de atuação, decisão incorporada pelas três entidades. O convênio celebrado entre estas entidades, em abril de 2002, estabelece que o reconhecimento de uma especialidade passa a ser função da CME, tendo a CNRM a função de credenciar e autorizar o funcionamento dos programas de RM, a AMB a função de orientar e fiscalizar a forma de concessão de títulos e certificados e o Conselho Federal de Medicina (CFM), a função de registrar os títulos e certificados.

5.3.2_ A Residência Médica

A Residência Médica no Brasil tem início na década de 40, tendo o número de programas aumentado consideravelmente a partir da metade dos anos 50. A procura pela RM está vinculada ao desenvolvimento científico e tecnológico, à tendência à especialização, e à multiplicação dos egressos das escolas de medicina.

A ampliação da oferta de vagas nas graduações médicas, porém, não foi acompanhada da reorganização do mercado de trabalho, mantendo-se uma concentração de médicos nas grandes cidades. O mercado de trabalho voltado para o especialista exige cada vez mais do profissional, que obtém treinamento prático insuficiente pelas escolas. Este processo levou à necessidade de ampliação das vagas de residência.

A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), órgão do MEC, foi criada em 1977. Sua regulamentação foi feita em 1981, pela Lei 6932, que define a RM como: “modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, em nível de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional”. A Lei define também a necessidade de credenciamento dos programas. O Decreto 6.932 de 1981 dispõe que ao final do treinamento é concedido um título de especialista, outorgado pelo MEC, que o treinamento tem direito a uma bolsa de estudos ao longo do programa (CNRM¹⁷). A definição de residência como um *treinamento médico* impossibilita hoje credenciamento de programas interdisciplinares.

¹⁷ Comissão Nacional de Residência Médica. Disponível em < www.mec.gov.br/ensinosup/hospital-universitario/residencia/legislacao>

A CNRM é composta pelo Secretário de Educação Superior (SESu/MEC -presidente), Secretária executiva, Representante do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência e Assistência Social, do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Médica Brasileira (AMB), da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), da Federação Nacional dos Médicos (FENAM) e da Associação Nacional dos Médicos Residentes.

Questionamentos sobre a CNRM quanto à adequação na composição, na coordenação centralizada, resoluções, critérios utilizados no planejamento dos programas, oportunidades de aprendizados oferecidas, qualidade dos preceptores e supervisores são levantados por autores (Souza, 1985 apud Feuerwerker, 2000). Por exemplo, apesar da AMB ser membro permanente da CNRM, em 1989 a AMB e o CFM passam a reconhecer como especialistas somente médicos aprovados nos exames das sociedades, o que reforça o questionamento sobre as atribuições da CNRM no credenciamento e a qualidade do treinamento oferecido nas RM, reforçando o peso político e econômico da certificação feita pelas sociedades.

Com a Constituição de 1988, fica estabelecido que o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde têm responsabilidade em “ordenar a formação de recursos humanos para a saúde”, porém não há uma articulação entre o processo de formação profissional e a construção do SUS, ao nível da RM.

Esta contradição é uma herança da regulamentação da RM como uma pós-graduação *lato sensu*. Este *status* localizou a CNRM como órgão do MEC, sendo esta, porém, composta por representantes das entidades médicas. Esta composição levou à operacionalização dos interesses da corporação médica e dos hospitais, desvinculados das necessidades de saúde da população, assim como da organização do SUS. Os Hospitais Universitários (HU), por exemplo, deveriam se integrar realmente ao SUS implementando a referência e contra-referência¹⁸.

Até o momento não há políticas claras quanto à necessidade de quantos e quais especialistas devem ser formados, nem de mecanismos de compensação entre as regiões do país, para contrabalançar os desequilíbrios na oferta de programas e especialidades. Há uma desarticulação entre MEC e MS, apesar do MEC e das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) serem os principais mantenedores das bolsas de residência. Por ser a RM um treinamento em serviço, ela é tanto parte do mundo do trabalho quanto do mundo da formação, o que contribui para sua ambigüidade.

Feuerwerker (2000) reforça a necessidade de definir o número, a distribuição e o perfil dos profissionais de saúde necessários, tendo como base a mudança no mercado e no perfil epidemiológico e demográfico do Brasil. O Ministro da Saúde atualmente vem apontando para a realização de estudo sobre este tema como prioridade.

¹⁸ Referência e contra-referência: interligação dos diversos níveis de assistência e serviços a fim de trabalhar em rede no sistema de saúde.

A revisão do processo de formação, integrando a RM na graduação e nas demais modalidades de formação pós-graduada, incluindo a educação permanente e continuada, as habilidades e competências que se quer atingir e as características do processo de formação, observando a capacitação pedagógica dos preceptores, a utilização de estratégias de ensino – aprendizagem e a inclusão de novos cenários de prática, com supressão da visão hospitalocêntrica¹⁹ são parte deste debate (Feuerwerker, 2000).

A discussão sobre a importância do trabalho multiprofissional na atenção à saúde avançou. Porém, a CNRM tem como atribuição apenas a medicina, o que dificulta a certificação de profissionais aptos a trabalharem em equipe via programas multiprofissionais. Feuerwerker (2000) ressalta a necessidade de comprometer no debate e definições sobre RM os atores sociais interessados, rever a composição da CNRM e aumentar a compatibilidade com as políticas de educação e saúde e a articulação com as demais formas de especialização. O aumento da participação do SUS na formação e regulamentação poderia dar coerência entre política de formação de recursos humanos (RH) e a saúde. Em 2003 foi criada, no MS, a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGETES) visando a fomentar o papel regulador do MS na formação de RH.

A relação da RM com a pós-graduação *stricto sensu*, poderia dar-se através do mestrado profissionalizante devido à diversidade entre os processos pedagógicos (treinamento em serviço) e os objetivos do processo educacional (especialização). Para isto seriam necessárias a capacitação dos profissionais responsáveis e uma sistematização teórica e de produção científica. Apesar de vinculada ao MEC, a CNRM não compartilha experiências como as da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) na avaliação e acompanhamento e controle de qualidade dos cursos.

5.3.3 _ A Pós-Graduação em Geriatria e Gerontologia no Brasil

De acordo com Papaléo Neto (2002), o primeiro serviço universitário de geriatria brasileiro foi criado no Rio Grande do Sul na década de 70, sendo seguido por São Paulo, já com a instituição de programa de residência médica.

Atualmente existem dez instituições que oferecem 23 vagas novas por ano (2003). Todas se situam em São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia e Rio Grande do Sul. Algumas novas instituições foram credenciadas provisoriamente em 2003 no Rio de Janeiro.

A geriatria como objeto de programa de residência aparece na resolução da CNRM 04/83 (Quadro 8, pág. 114). A diretriz é sucinta e dispõe que são obrigatórios os rodízios em atividades de enfermagem (40% da carga horária), ambulatorios (20%) e pronto-socorro (15%), com estágios obrigatórios em medicina física e reabilitação, medicina preventiva e social e terapia ocupacional,

¹⁹ Conceito reforçado pelo Relatório Flexner de que o ensino deve privilegiar as práticas hospitalares

além de estágios opcionais em serviço social, nutrição e recreação especializada. Havia o pré-requisito de pelo menos um ano de treinamento em Clínica Médica em instituição credenciada pela CNRM.

Posteriormente, nas diretrizes da CNRM de 2003 (Quadro 8), é demandado um conteúdo basicamente biomédico, com um somatório cumulativo de treinamentos em especialidades médicas isoladas, medicina física e reabilitação, psiquiatria e neurologia como obrigatórios e as demais especialidades como optativas. Há uma orientação para o treinamento em outros cenários - as instituições asilares e visitas domiciliares, como parte das unidades de internação (40% da carga horária) e ambulatório (30%) respectivamente, com 10% em pronto atendimento e terapia intensiva, apesar da exigência do pré-requisito de dois anos em Clínica Médica em instituição credenciada. É sugerido que o treinamento se dê dentro de serviço composto por uma equipe multidisciplinar. O conteúdo teórico não está determinado, apenas sua carga horária de 10 a 20% do total de 2.880 horas. As competências e habilidades a serem desenvolvidas durante o processo de treinamento não estão discriminadas.

A proposta de Programa de Residência em Geriatria e Gerontologia da SBGG (Quadro 7) é semelhante ao da CNRM, sendo indicadas as atitudes, conhecimentos e habilidades como objetivos do programa de treinamento, que contudo não são discriminados no programa sugerido. Dos tópicos sugeridos para a programação teórica, há cerca de 10% de temas não biomédicos, não havendo alusão às práticas de trabalho em equipe, nem alusão ao trabalho com família e cuidadores. Não há uma relação clara entre os objetivos propostos e o programa de treinamento sugerido.

A prova para especialista da SBGG se diferencia em geriatria e gerontologia para médicos e gerontologia para as demais profissões. Os pré-requisitos necessários para a inscrição são: ter no mínimo dois anos de formado, estar quite com o CRM, o preenchimento de ficha e taxa de inscrição, e o currículo. É realizada (2003) prova escrita de múltipla escolha, prova interativa e avaliação curricular. Trata-se de uma prova teórica onde não são avaliadas a experiência clínica dada pela prática, nem as competências necessárias para este trabalho (SBGG²⁰).

Segundo a SBGG (2003), os cursos de especialização em geriatria são sete, sendo um no Rio Grande do Sul, dois em São Paulo e quatro no Rio de Janeiro. Estes cursos têm programação basicamente teórica, alguns com conteúdo amplo em gerontologia.

Neste cenário, a SBGG vem buscando a melhoria das condições de treinamento de profissionais para a área. A entidade tem discutido a necessidade de sistematizar os critérios de credenciamento para os cursos de especialização baseado nas competências e habilidades imprescindíveis para os médicos geriatras. Esta bandeira levantada é central para o papel da Sociedade na formação profissional, que deve ser estendida à graduação, RM e profissionais de

²⁰ Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Disponível em <www.sbgg.org.br>, visita em dezembro 2003.

atenção básica. Também a Sociedade vem oferecendo cursos de educação continuada. Outra estratégia seria o investimento na aproximação com outras sociedades interessadas na atenção integral à saúde, para criar-se um movimento de fortalecimento deste novo paradigma de trabalho.

A caracterização do especialista em Geriatria e Gerontologia é uma importante questão a ser levantada pela SBGG, visando a uma melhor compreensão do papel deste profissional dentro do sistema de saúde, junto aos demais profissionais da equipe e junto aos demais médicos, já que hoje ainda há certa confusão acerca disto. O fato dos clínicos e médicos que atuam na atenção básica terem sua clientela em grande parte formada por idosos, cria a idéia de que a geriatria não é importante como especialidade, uma vez que todos os médicos lidam com idosos. As questões a serem discutidas são as especificidades da prática e a falta, atualmente, de conhecimento sobre esta área para a maioria dos profissionais, o que nos leva a uma abordagem pouco eficaz e dispendiosa como mostrado anteriormente.

Segundo o Joint Committe (2003) o geriatra pode ser definido como o profissional especialista em: avaliação geriátrica ampla, manejo de doenças agudas e crônicas, em diversos cenários e na presença de várias comorbidades, diagnóstico e manejo das síndromes geriátricas e de pacientes com problemas de abordagem complexos; maximização da independência funcional; trabalho em equipe interdisciplinar voltado para o planejamento da abordagem conjunta, especificidades do processo de envelhecimento na fisiologia, patologia, farmacologia; e um crescente papel no cuidado de idosos fragilizados e dos que necessitam de cuidados paliativos. Também podemos acrescentar sua atuação na produção de conhecimento e pesquisas na área do envelhecimento, o aperfeiçoamento do sistema de informação, e na educação, formação e treinamento de recursos humanos, tanto na graduação como na pós-graduação.

5.3.4 _ Características da Formação Profissional Desejável para a pós-graduação em Geriatria e Gerontologia

A formação em Geriatria e Gerontologia na pós-graduação também carece de diretrizes claras sobre as competências e habilidades necessárias. Estas não se encontram discriminadas nas políticas.

Hoje, como a graduação não fornece o treinamento e conhecimentos adequados, a pós-graduação tem um desafio maior. Mas o que podemos observar é que os conteúdos dados objetivam suprir a falta de conhecimento prévio. Assim, hoje estamos formando especialistas com o conteúdo básico da graduação. A institucionalização da área de Geriatria e Gerontologia, principalmente após sua inserção na graduação, deverá cursar, de preferência, com uma grande sofisticação dos parâmetros para os currículos de RM e especialização.

A American Geriatrics Society (AGS 2000, 2001, 2002) aponta que os programas de residências e de treinamento que envolvem atenção primária para idosos devem oferecer experiência em vários cenários de cuidado, enfatizando-se o conhecimento do processo de envelhecimento e doença, habilidades para promoção de envelhecimento saudável, avaliação geriátrica ampla e interdisciplinar e a abordagem do paciente com perda da capacidade funcional. É também preconizado que os médicos que lidam com a população idosa sejam encorajados a buscar educação continuada ou permanente.

Nas diretrizes 2002 da CNRM a saúde do idoso é citada no programa de Clínica Médica (CM), Medicina de Família e Comunidade (MFC) e na Medicina Social, porém com pouco treinamento ou importância dada à questão (Quadro 4), aparecendo como rodízio opcional para a CM e na MFC perpassando as atividades em unidades de cuidado primário e domiciliar. As competências destes profissionais junto aos idosos está subvalorizada. Silvestre (Quadro 5) já aponta, para o PSF, a necessidade de um corpo de conhecimento maior, e competências mais estruturadas no trabalho de promoção da saúde, prevenção e monitoramento de doenças prevalentes e na identificação de agravos e recuperação da saúde.

O Quadro 3 (AGS, 1997 e 1999) sistematiza proposta de currículo para o treinamento de residentes da Medicina Interna e Saúde da Família discriminando conhecimentos, atitudes e habilidades a serem desenvolvidos por profissionais. É dada ênfase ao conhecimento das síndromes geriátricas, da abordagem de idosos com múltiplos problemas, ao reconhecimento da importância da família e ao conhecimento da rede de suporte social disponível, da importância do trabalho em equipe e das competências de cada profissional, do trabalho em diversos cenários, do conhecimento do sistema de saúde, o manejo das síndromes geriátricas e suas complexidades, o conhecimento da avaliação geriátrica ampla e seus instrumentos, considerando-se que os conhecimentos e habilidades básicas já foram instruídos na graduação.

Cabe lembrar que um dos pontos levantados no trabalho de Adams (2002) sobre as dificuldades encontradas pelos profissionais de atenção básica no atendimento aos idosos se reporta à falta de informação e treinamento. Outro ponto focado neste trabalho foi a insegurança e ansiedade que o pouco conhecimento dos recursos de suporte social e a fragilidade da clientela acarretam no profissional. O conhecimento sobre do sistema de saúde e das redes de suporte sociais disponíveis é prioritário no currículo no Brasil. É fato a pouca articulação e a fragilidade do sistema de saúde e de seguridade, os problemas de referência e contra-referência e a desinformação, o que dificulta a prática diária, principalmente no que tange a atenção ao idoso, onde estas ações são centrais na atenção integral.

O treinamento em Geriatria e Gerontologia, mesmo no formato RM, carece de diretrizes mais detalhadas sobre as competências e conteúdos objetivando a formação de um profissional

especialista. As diretrizes da CNRM e da SBBG já foram apresentadas previamente. A PNI e PNSI também abordam a necessidade da formação de RH, porém sem discriminar detalhes.

Considerando-se a RM, como dito anteriormente, um formato de treinamento cujas atividades práticas e teóricas permitem a formação de um profissional mais apto para atuar junto à população idosa, e que as diretrizes curriculares têm sua implementação também central na formação dos novos profissionais de saúde, podemos apontar um currículo para os programas de residência em geriatria e gerontologia que objetive a formação de um profissional mais especializado.

No Quadro 6 (Joint Committee on Higher Medical Education, 2003), o currículo proposto apresenta pontos interessantes: o aprofundamento de objetivos primários tanto na teoria como na prática multiprofissional, onde a equipe tem atuação ativa no processo de treinamento e avaliação, como a prioridade no planejamento da atenção e levantamento de necessidades de saúde e sociais, incluindo a avaliação geriátrica ampla, o diagnóstico e manejo das doenças agudas, crônicas, síndromes geriátricas e incapacidades, plano de alta hospitalar para idosos frágeis, cuidados de longa permanência. O treinamento nas Síndromes Geriátricas permite um aprofundamento teórico-prático, incluindo a escala em serviços específicos como no caso da incontinência e imobilidade, com objetivos claros a serem alcançados. São colocados estágios em especialidades cuja interface com a geriatria é profunda, como cuidados paliativos, ortopedia, psiquiatria e neurologia. A pesquisa é também apontada como uma área importante de treinamento. A estes conteúdos podemos acrescentar a importância, no caso do profissional brasileiro, do treinamento e discussão das questões socioeconômico-psico-ambientais que são marcantes dentro da prática diária e na nossa observação representam uma das maiores dificuldades dos alunos junto com o trabalho em equipe. O treinamento nos diversos cenários também permite um melhor entendimento do papel do especialista na atenção ao idoso e das diferentes facetas do trabalho interdisciplinar.

5.4_ A Educação Continuada e a Educação Permanente

Ribeiro e Motta fazem um histórico da Educação Continuada/Permanente no contexto das Políticas de Recursos Humanos com base nas Conferências Nacionais de Saúde e Recursos Humanos. As primeiras conferências se limitam à formação de nível superior e médica, ampliando-se posteriormente para o nível técnico, definindo o termo “treinamento em serviço”. A ideia de Educação Continuada emerge em documentos da VI Conferência de 1977. É nas VIII e IX Conferências que a área de recursos humanos é ressaltada nas políticas de saúde. A partir da I Conferência de Recursos Humanos (1986), a proposta de educação continuada se estrutura, passando a envolver as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

É necessário que se diferencie Educação Continuada e Educação Permanente, já que ambas apontam para a continuidade do processo educacional após a graduação, mas se baseiam em processos metodológicos e objetivos distintos.

A Educação Continuada pode ser definida como as atividades de ensino com finalidade de atualização, aquisição de informações e/ou atividades de duração definida, em geral com metodologia tradicional. São exemplos os cursos e congressos onde é focado o desenvolvimento de grupos profissionais. Ela permite ao profissional manter, aumentar ou melhorar sua informação de forma proporcional com as suas responsabilidades, dando um atributo individual à competência e vinculando-a ao conhecimento e habilidades apreendidos.

Algumas questões se colocam nesta discussão. Uma aquisição de conhecimentos não necessariamente acarreta transformação de práticas individuais e institucionais, pois baseia-se em concepção pedagógica questionável que enxerga a prática como aplicação do conhecimento, numa relação linear entre saber e fazer, desvinculado do contexto e da experiência do cotidiano. A segunda questão diz respeito ao desenvolvimento de responsabilidade profissional, onde se torna necessário revisar as concepções predominantes sobre o trabalho, na qual há uma redução para a dimensão objetiva e técnica das práticas em detrimento da subjetividade, que influi em todo o processo de trabalho em saúde. A terceira questão diz respeito ao conhecimento não ser considerado razão para modificação das relações entre os profissionais, uma vez que reforça a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo, porque se baseia na atuação de cada categoria em funções determinadas pela divisão do trabalho social e tecnicamente.

Os anos de graduação são responsáveis pelo desenvolvimento das competências básicas necessárias para a atuação profissional. A rapidez de incorporação de novos conhecimentos e procedimentos é enorme, o que torna o conceito de terminalidade da formação não mais apropriado, fazendo com que o processo de educação não seja mais anterior ao trabalho, mas junto a este.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se volta para a transformação do processo de trabalho, melhoria da qualidade dos serviços, equidade do cuidado e ampliação do acesso. Ela compreende o processo de trabalho como eixo da aprendizagem e busca as lacunas de conhecimento e atitudes associados aos problemas identificados no cotidiano da prática avançando no caminho da integralidade. Ao focar nos determinantes destes problemas, a partir de um diagnóstico construído pela equipe de saúde, é possível trabalhar desde o campo organizacional ao técnico e humano. A EPS se volta para as formas de trabalho cooperativo, em equipe, organizações e redes, com inferência sobre a forma como estes profissionais são preparados para exercerem o trabalho. Ela precisa se contrapor à fragmentação, divisão de trabalho e normatização estanque das tarefas, deslocando o interesse de atualização do indivíduo para os da instituição e equipe. A EPS é um processo educacional que ocorre no contexto da organização do trabalho e nas representações sociais de atores

distintos com objetivos distintos, por vezes conflitantes. Estas diferenças devem ser contextualizadas para avançar com o processo de mudança, aperfeiçoando modelos organizacionais e as relações entre os serviços e a sociedade (Ribeiro).

Paim (1992) considera que a EPS, por abarcar dimensão técnica e política e envolver intervenções que mobilizam, circulam, produzem conhecimento, tecnologia e valores, opera em uma rede de poder formal e informal numa dada cultura organizacional, transformando os saberes e poderes entre os grupos. Assim esta prática não é exclusiva de educadores, envolvendo as instâncias técnico-políticas de gestão dos serviços de saúde.

A crise do mundo do trabalho, que traz a temporalidade, a terceirização, os salários e jornadas de trabalho reduzidas, a fragmenta o processo de trabalho e reduz o potencial impacto da implantação de EPS. Assim, estas iniciativas de educação não podem estar desvinculadas das políticas de desenvolvimento de recursos humanos.

A EPS se remete ao trabalho como eixo educacional, favorecendo a construção coletiva do conhecimento através da investigação, do manejo das informações e de seu intercâmbio, trabalha com questões como as necessidades em saúde, as demandas aos serviços e o diagnóstico de saúde local, incorporando indicadores epidemiológicos e demográficos, a avaliação do serviço prestado, a adesão do usuário e a utilidade de protocolos e condutas sistematizados.

O Ministério da Saúde - com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (MS, 2003) - assume seu papel constitucional de ordenador, ao nível federal de políticas de formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde. Este departamento passa a ser um formulador das políticas de formação, desenvolvimento e educação permanente estabelecendo articulações intra e interministeriais e com o Conass (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde), Consems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), secretarias estaduais e municipais de saúde, associações de ensino, entidades e movimentos sociais.

Avançando na orientação de estratégias de formação de recursos humanos na saúde, o SUS viabilizou programas e projetos educacionais como Capacitação e Formação em Saúde da Família (Pólos de Saúde da Família, Cursos de Especialização em Saúde da Família e Residência em Saúde da Família); Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profae); Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde (Aperfeiçoamento de Gestores); Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Gerus); Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Especialização de Equipes Gestoras); Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits); Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed); Mestrados Profissionais; Cursos de formação de Conselheiros de Saúde e do Ministério Público para o controle social, entre outros.

Estes programas envolvem associação entre instituições formadoras e serviços, estimulando mudanças na formação e cuidado na saúde. Porém, devido à desarticulação, perde impacto nas práticas em saúde. A EPS vem buscando esta integração entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS (MS, 2003).

Atualmente, a criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde busca o fortalecimento em espaços locorregionais, via articulação interinstitucional, e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e de parceiros intersetoriais, a partir de uma “roda” composta pelos gestores estaduais e municipais, as instituições de ensino e suas associações, as escolas de saúde pública (ESP) e os centros formadores, as escolas técnicas de saúde (ET-SUS), os hospitais de ensino, as entidades estudantis e de trabalhadores da área de saúde, os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde e os movimentos de controle social.

Também são iniciativas para o desenvolvimento de recursos humanos os incentivos à implantação das diretrizes curriculares e o Projeto de Vivência e Estágio na Realidade do SUS (VER-SUS) para estudantes de graduação. Estes propõem métodos de aprendizagem ativa, em prática multidisciplinar e com conceito de saúde ampliado. A revisão da Política de Especialização em Serviços/Residências Médicas, feita a partir de um estudo das necessidades de especialistas, é uma promessa do MS, buscando definir áreas prioritárias para a implementação do SUS, incluindo mecanismos compensatórios que equilibrem regionalmente a distribuição dos programas de residência e dos recursos especializados.

Tais iniciativas têm papel decisivo na área de saúde do idoso. Como a implementação das modificações curriculares não se processa de forma rápida, a EPS e a Educação Continuada se apresentam como estratégia para o enfrentamento do envelhecimento populacional brasileiro e a mudança nas demandas sociais e de saúde.

Na linha da Educação Continuada, os cursos de especialização, atualização, capacitação precisam neste momento ser incentivados com o objetivo de difundir conhecimentos teóricos básicos na área do envelhecimento, não se esquecendo que tais cursos precisam incorporar o componente prático. A SBBG precisa ser fortalecida, pois tem papel central neste processo.

Os Pólos de Capacitação em Saúde da Família não colocaram o idoso como prioridade nos cursos promovidos. O modelo de EPS é mais viável para a interseção entre a saúde da família e saúde do idoso, dada a relevância do trabalho do PSF na melhora da qualidade de vida dos idosos.

CAPÍTULO 6_ TREINAMENTO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DO IDOSO _ UM MODELO QUE BUSCA SE ADEQUAR ÀS ESPECIFICIDADES DO ENVELHECIMENTO

No final da década de 80, o professor Américo Piquet Carneiro começou a agrupar, no Hospital Universitário Pedro Ernesto, um grupo pioneiro de profissionais interessados nas questões da terceira idade, cujo trabalho desembocou na constituição, no referido hospital, de um núcleo multidisciplinar de atendimento aos idosos. O NAI (Núcleo de Atenção ao Idoso) foi o primeiro embrião do que viria mais tarde a ser a UnATI/UERJ. Esta iniciativa partiu, desde o primeiro momento, da concepção de criação de um centro de referência numa Universidade pública que pudesse propor, de modo abrangente, soluções para as necessidades específicas da terceira idade.

Após alguns anos dedicados à assistência e à formação da equipe, foi iniciado o processo de criar espaço para o desenvolvimento de um projeto de treinamento de recursos humanos na área do envelhecimento. Nos anos de 1996/1997 o NAI foi rodízio de alguns programas de residência como psicologia, enfermagem, fisioterapia. Nesta mesma época o Programa de Residência em Geriatria e Gerontologia foi aprovado com duas vagas, sendo credenciado em 1999. Aos poucos foram se agregando outros programas como rodízio ou com foco específico na Saúde do Idoso como na residência em Serviço Social.

Com a vinda de alunos de múltiplas áreas do conhecimento, a equipe iniciou a discussão de um processo de treinamento que se coadunasse com os marcos teóricos metodológicos do NAI. Assim foi criado o Programa de Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso.

Este vem se constituindo em um programa de sucesso, o que pode ser identificado por sua crescente procura. Em 2002 o Programa Médico foi autorizado a aumentar para três o número de vagas anuais pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), tendo sido criada esta vaga após o recredenciamento em 2004. A área de concentração em Saúde do Idoso da Residência em Serviço Social tem sido uma das maiores relações candidato/vaga da área.

Devido a crescente procura de profissionais já graduados por treinamento foi idealizado o Curso de Treinamento Profissional, uma modalidade de Aperfeiçoamento Técnico concedida pelo HUPE. Este programa é realizado junto a Coordenação de Desenvolvimento Acadêmico do HUPE, com vagas para todas as áreas que compõe a equipe, segundo Deliberação 109/84.

A crescente importância que o ensino da geriatria e gerontologia tem tido aproximou alunos da área de saúde tanto para estágio como bolsistas de extensão ou estágio interno curricular como disciplina de graduação ou campo de treinamento de unidades acadêmicas.

Atualmente também são desenvolvidas as Disciplinas de Prática e Seminário com os alunos da Especialização em Geriatria e Gerontologia da UnATI.

6.1_ O Campo de Treinamento

O NÚCLEO DE ATENÇÃO AO IDOSO (NAI)

O NAI é uma unidade docente-assistencial do Hospital Universitário Pedro Ernesto, vinculada à UnATI (Universidade Aberta da Terceira Idade), cujo objetivo é a atenção integral à saúde do idoso. A equipe é formada por profissionais de diferentes áreas - medicina, enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia, serviço social, fonoaudiologia e odontologia - dentro da perspectiva de uma ação integrada e interdisciplinar.

O NAI estrutura-se de forma a compor equipes com projetos de assistência interdisciplinar, onde o cuidado ao idoso perpassa transversalmente todas as atividades desenvolvidas.

Por ser parte do trabalho assistencial desenvolvido pela UnATI, o NAI está relacionado ao Centro de Referência e Documentação em Envelhecimento (CRDE), centro colaborador da BIREME, que desempenha papel de apoio fundamental ao programa de ensino e a pesquisa; cria interfaces com o Centro de Convivência, onde são realizados inúmeros cursos para idosos da comunidade; e, se relaciona ao CIPI (Cuidado Integral à Pessoa Idosa), ambulatório vinculado à UnATI e à Policlínica Piquet Carneiro, que compõe o trabalho assistencial e que participa do treinamento como um dos cenários de prática para algumas áreas.

A base inicial do NAI foi o atendimento ambulatorial a idosos autônomos e com indicadores de risco e/ou vulnerabilidades relativas à manutenção da capacidade funcional (Programa de Atuação NAI, versão 2005). Atualmente o ambulatório do NAI realiza cerca de 9000 consultas por ano, garantindo-se acompanhamento ambulatorial aos idosos, de forma individual e/ou grupal, de acordo com suas necessidades.

Hoje, além da atividade _ ambulatório do NAI, o programa conta com os seguintes projetos:

Projeto de Assistência aos Idosos Portadores de Doença Neurodegenerativa e suas Famílias

Consiste no atendimento a pessoas portadoras de demência ou outras doenças neurodegenerativas, suas famílias e cuidadores. O trabalho é realizado com dois grupos distintos de usuários, no ambulatório de neurogeriatria e no de memória. Participam deste trabalho os seguintes profissionais: enfermeiro, assistente social, nutricionista, geriatra, fonoaudiólogo, neurologista, psicólogo e psiquiatra. Os demais componentes da equipe integram-se às atividades do projeto de acordo com a necessidade.

Programa de Atenção Integral ao Idoso Internado

O trabalho é realizado nas enfermarias de clínica médica (17 e 18) do Hospital Universitário Pedro Ernesto e como consultoria para as demais enfermarias do HUPE. Nesta unidade privilegia-se o atendimento interdisciplinar aos usuários em alto risco de fragilização. A proposta assistencial é

orientada pela mesma filosofia do trabalho interdisciplinar desenvolvido no nível ambulatorial. A equipe atua também como serviço de consultoria para os demais serviços do hospital dentro desta mesma proposta interdisciplinar.

Projeto de Promoção da Saúde

Estrutura-se como conjunto de atividades educativas, preventivas e assistenciais voltadas à promoção da saúde dos idosos. É destinado a idosos com demandas de atenção preventiva em saúde, bem como a pacientes do ambulatório que potencialmente se beneficiem de atividades educativas em grupo. O trabalho é realizado nos grupos *Encontros com a Saúde*, no qual são discutidos temas sobre saúde e envelhecimento através de metodologia participativa. Os idosos são também avaliados individualmente quanto a fatores de risco e proteção no processo de envelhecimento, sendo fornecidos orientação e encaminhamentos assistenciais de acordo com as necessidades. O trabalho é organizado de modo a permitir o acompanhamento longitudinal dos idosos, a continuidade do processo educativo através de eventos periódicos sobre temas de saúde e a realização de atividades de pesquisa com dados referentes à avaliação multidimensional realizada junto a esta população.

Projeto de Atendimento ao Idoso Asilado

Trabalho está sendo realizado no Instituto Municipal de Geriatria e Gerontologia Miguel Pedro, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro através de convênio. Objetiva o treinamento de recursos humanos junto a idosos asilados. Como complementação os alunos prestam assistência, como parte do treinamento, em instituições de longa permanência, filantrópicas, atendidas pelo Programa de Valorização do Conhecimento do Idoso / UnATI.

6.2_ Princípios Teórico - Metodológicos

O programa de treinamento vem sendo moldado ao longo destes anos dentro dos mesmos marcos teórico-metodológicos que embasam o trabalho do NAI (Programa NAI 2005).

O trabalho em equipe multiprofissional, dentro de uma prática interdisciplinar, baseado em uma “axiomática geral compartilhada”, como defende Vasconcelos (2002), é um dos tripés que informam as bases do currículo proposto.

A atenção integral e a integralidade da atenção são também eixos do programa, onde o cuidado perpassa todas as ações desenvolvidas que são campos de prática para os alunos.

O trabalho de prevenção, promoção da saúde e educação se inserem como importantes estimuladores do idoso como ator social na busca de sua cidadania e quebra dos preconceitos sobre o envelhecimento ainda existentes, através do diálogo inter-geracional e contato com os alunos. A

quebra do preconceito só é possível quando os jovens e os idosos interagem e se conhecem, derrubando estereótipos culturais.

O treinamento prático, colocado como central nos programas de residência, representa a oportunidade de desenvolvimento de competências. Assim ele é a base para todas as demais modalidades de treinamento.

O treinamento em equipe, interdisciplinar, se dá pela organização dos alunos nos projetos desenvolvidos pelo NAI, estimulando o diálogo, a compreensão do papel do outro e de sua importância para o plano terapêutico proposto para o usuário. Sabemos que o trabalho em equipe é uma construção da prática diária. A WHO (1988) aponta que a educação multiprofissional permite ao aluno aprender como interagir com os demais, não se superpondo ao currículo específico de cada área profissional, mas sendo complementar. O aprendizado se dá no contato direto com os usuários e diferentes cenários, tendo como objetivo comum dar respostas às questões de saúde da população atendida.

Para Garcia (2001) o cotidiano permite tornar a educação significativa, onde na vivência de situações, objetiva-se conjugar o processo do conhecimento possibilitando o questionamento de práticas sociais e a instrumentalização para o conhecer e o agir.

O processo pedagógico utilizado é o da Problematização (Bordenave, 1983). Este se baseia no fato de que frente a mudanças, o importante não são os conhecimentos, idéias ou comportamentos aprendidos, mas a capacidade do aluno, como participante e agente da transformação social, em detectar os problemas e buscar soluções. Assim, a capacidade a ser desenvolvida é a de fazer perguntas relevantes, possibilitando o entendimento da situação, e ser capaz de resolvê-las adequadamente. O processo “ensino-aprendizagem” relacionado a uma determinada realidade, deve começar por levar os alunos a observar a realidade em si. No segundo momento os alunos separam e identificam os pontos-chave do problema ou assunto e as variáveis mais determinantes da situação. No terceiro momento, os alunos passam à teorização do problema ao questionar as razões da realidade observada, buscando o entendimento do problema. Na quarta fase são formuladas hipóteses de solução para a questão, sendo então incentivada a originalidade e a criatividade contrapondo-se com as limitações da própria realidade, a fim de se verificar a viabilidade e factibilidade. Na última fase, são colocadas em prática soluções encontradas como as mais viáveis e aplicáveis.

6.3_ A educação gerontológica

A experiência do NAI e seu histórico construído nestes anos embasam o projeto pedagógico e o currículo que compõe o Programa de Treinamento Interdisciplinar. O envelhecimento populacional brasileiro aponta para a necessidade de formação de recursos humanos aptos a lidar com suas

especificidades e demandas em diversas áreas como as de prestação de serviço, pesquisa, políticas públicas, entre outras.

O perfil do profissional gerontólogo é apontado por Martins Sá (2002) como aquele apto à: apreender, histórica e criticamente, o processo do envelhecimento em seu conjunto; compreender o significado social da ação gerontológica; situar o desenvolvimento da gerontologia no contexto sócio-histórico; atuar nas expressões da questão da velhice e do envelhecimento, formulando e implementando propostas para o enfrentamento; realizar pesquisas que subsidiem a formulação de ações gerontológicas; compreender a natureza interdisciplinar da gerontologia, buscando ações compatíveis no ensino, pesquisa e assistência; zelar por uma postura ética e solidária no desempenho de suas funções; orientar a população idosa na identificação de recursos para o atendimento às necessidades básicas e de defesa de seus direitos. Este perfil é baseado nos objetivos da educação gerontológica que se resumem em formar recursos humanos capazes de compreender o “ser velho” e o processo de envelhecimento em suas dimensões conceituais, sociais, políticas, profissionais e éticas e formular e implementar propostas para o enfrentamento das questões gerontológicas na sociedade contemporânea, de modo eficaz, eficiente e efetivo.

Podemos dizer que o currículo entendido como relacionado às formas de organização do conhecimento, é um "artefato social e cultural". O currículo não é “transcendente e atemporal _ ele tem uma história, vinculada a formas específicas e contingentes de organização da sociedade e da educação" (Moreira, 1994, pag 8). Segundo Moreira (1994), os estudos sobre currículo abordam três temas centrais: 1) a *ideologia*, isto é, como a classe dominante transmite suas idéias sobre o mundo social visando a reprodução da estrutura social; 2) a *cultura*, onde o currículo é uma forma de transmissão cultural incorporando a significação ativa dos materiais recebidos, ou seja, a elaboração por parte do educando do que é transmitido. Está vinculado à estrutura de grupos ou classes sociais, sendo terreno de luta pela manutenção ou superação das divisões sociais; e, 3) o *poder*, o currículo veicula os interesses dos grupos e classes dominantes numa dada sociedade.

Ao abordar o currículo como produto social e historicamente situado, podemos refletir sobre a valorização da inclusão de conteúdos e do treinamento em Geriatria e Gerontologia. Apesar dos dados sobre o envelhecimento serem amplamente discutidos e da legislação existente, ainda não está clara a importância destes conteúdos para a sociedade e do idoso com ator social. A nossa cultura ainda não considera o papel social do idoso, mantendo preconceito sobre o envelhecimento.

Por competência entendemos um termo polissêmico descrito como capacidade para aplicar habilidades, conhecimentos e atitudes; habilidade de utilizar o conhecimento a fim de chegar a um propósito; capacidade de utilizar conhecimentos e habilidades adquiridos para o exercício profissional; capacidade de mobilizar saberes_ saber-fazer, saber-ser, saber-agir; capacidade para resolução de um problema. (Depresbiteris,2001)

Perrenould (1999) dá ênfase à capacidade de mobilização de conhecimentos: "só há competência estabilizada quando a mobilização dos conhecimentos supera o tatear reflexivo ao alcance de cada um e aciona esquemas constituídos" (pag 23). Segundo Bastien (1997, apud Perrenould, 1999) um especialista é competente porque é capaz de dominar rapidamente situações comuns com esquemas que entram em ação automaticamente e porque é capaz de, após uma reflexão, coordenar e diferenciar rapidamente os esquemas de ação e os conhecimentos para enfrentamento de situações inéditas.

Para DeLuiz (2001) a mudança para um novo modelo de organização do trabalho baseado em competências não mais enfatiza o saber escolar ou técnico-profissional, mas a capacidade de mobilizar saberes a fim de resolver problemas ou imprevistos, reconfigurando a importância atribuída às qualificações sociais e à subjetividade do indivíduo. Assim, ao buscar o sentido da competência na atuação profissional junto ao idoso, objetiva-se não só o conhecimento, mas sua contextualização dentro do processo de envelhecimento e da prestação de serviços, a capacidade de atuação frente à imprevisibilidade e diversidade de situações, incluindo o trabalhando em equipe interdisciplinar, e a mobilização de conteúdos diversos buscando a atuação integral como profissional de saúde.

As mudanças ocorridas no mundo do trabalho levam o trabalhador/profissional de saúde a lidar com a complexidade advinda do novo, do incerto e do aleatório num processo desestruturado. Há a necessidade de flexibilidade técnica-instrumental e intelectual. O novo trabalho se caracteriza por ser polivalente, integrado, em equipe, com flexibilidade e autonomia.

Apesar de sofrer as mesmas alterações do mundo do trabalho, o setor saúde tem especificidades próprias por se caracterizar por um *trabalho reflexivo*, isto é, depende do recrutamento de saberes distintos como o científico, o técnico, as experiências de trabalho e sociais e as dimensões ético-políticas. Também pela *complexidade*, isto é, diversidade profissional, dos atores, das tecnologias, das relações sociais e interpessoais, da organização do espaço e dinâmica; pela *heterogeneidade* devido à variedade de processos de trabalhos coexistentes; e, pela *fragmentação conceitual*, do pensar e fazer, da técnica (pluralidade profissional) e social (divisão social do trabalho e entre as categorias). O trabalho em saúde é marcado pelas relações interpessoais entre os profissionais da equipe, e entre estes e o usuário de forma bastante significativa. Isto envolve mudanças importantes para a formação profissional em saúde (DeLuiz,2001).

Assim, competência é "... mecanismo subjacente que permite a integração de múltiplos conhecimentos e atos necessários à realização da ação" (pag 20), sendo condição de desempenho pois expressa os recursos articulados e mobilizados frente a uma situação. O desempenho é consequência das competências por ser dependente destas, porém, uma única ação pode mobilizar várias competências, que não correspondem apenas ao resultado do trabalho, mas à reflexão das condições da produção, meios usados, finalidade e organização da ação, além das condições subjetivas e sociais.

A formação baseada em competências se denominou pedagogia diferenciada, e se fundamenta em um processo centrado na aprendizagem e não no ensino, na valorização do aluno como sujeito e na construção do conhecimento (Ramos, 2001).

A formação de recursos humanos na área de saúde do idoso está vinculada a uma compreensão de processo de envelhecimento, suas repercussões bio-psicossociais, a necessidade do trabalho interdisciplinar e novos paradigmas na concepção de saúde-doença, do papel e objetivos do profissional de saúde. Isto importa no conteúdo e habilidades a serem desenvolvidos durante o treinamento.

6.4 - Objetivos

- Formar profissionais aptos para atuação em serviços de saúde voltados para a população idosa;
- Oferecer instrumental teórico-prático na atenção à saúde do idoso, enfatizando aspectos de promoção de autonomia e independência desse grupo etário;
- Formar profissionais aptos a trabalhar em equipe interdisciplinar;
- Formar profissionais aptos a propor plano terapêutico em equipe, objetivando a reabilitação, qualidade de vida e uso racional de recursos;
- Formar profissionais aptos a trabalhar com as famílias e cuidadores como parte integrante do usuário do serviço.

6.5 – Modalidades de Treinamento

A) Estágio Supervisionado

Destina-se a estudantes de graduação da UERJ e/ou de outras universidades. Atualmente o NAI oferece estágio nas áreas de Serviço Social, Fisioterapia, Medicina, Enfermagem e Nutrição. A seleção é feita pelos respectivos serviços e a carga horária varia de 12 a 20 horas.

B) Bolsistas de Extensão e de Estágio Interno Curricular

São oferecidas bolsas através dos projetos de extensão cadastrados no DEPEXT, Núcleo de Atenção ao Idoso, Ações Educativas em Saúde, Atendimento ao Idoso Internado, Assistência aos Idosos Portadores de Doença Neurodegenerativa e suas Famílias. Estes alunos se integram no trabalho desenvolvido pelos projetos, com supervisão dada pela área e pelos coordenadores dos

projetos. Todos fazem o curso de Introdução à Saúde do Idoso como parte da carga horária do estágio.

C) Residência

Através do Centro de Desenvolvimento Acadêmico (CDA) / HUPE e da Faculdade de Ciências Médicas, a implementação de Programa de Residência Médica em Geriatria e Gerontologia e Programas de Residência nas áreas de fisioterapia, serviço social, psicologia, nutrição, enfermagem e fonoaudiologia vem ocorrendo nas áreas profissionais que compõem a equipe. O curso caracteriza-se como especialização, modalidade de treinamento em serviço, e prevê carga horária de 60 horas semanais. As vagas permanecem com os serviços de origem, por categoria profissional, e a seleção e gestão do vínculo é feita através da CDA.

O Programa de Residência Médica foi credenciado em 1999, contando com 3 vagas no primeiro e no segundo ano. O Programa de Residência em Serviço Social, concentração em Saúde do Idoso, tem também duração de dois anos e conta atualmente com duas vagas. O Programa de Residência em Psicologia inclui o rodízio no primeiro ano e a concentração em Saúde do Idoso é opcional no segundo ano. Este mesmo formato é adotado pelo Programa de Residência em Fisioterapia.

A partir de 2003, a Divisão de Nutrição do HUPE disponibiliza uma vaga de seu Programa de Residência para a Saúde do Idoso, sendo o primeiro ano o trabalho junto a equipe no hospital e no segundo ano nas atividades ambulatoriais. O Serviço de Fonoaudiologia devido ao escasso número de alunos participar do treinamento como rodízio. Quanto à área de Enfermagem, a experiência anterior foi de rodízio por breves períodos e há a reivindicação formal que o Programa de Residência destine uma vaga em Saúde do Idoso, com duração de 2 anos, o qual permitirá formação mais integral do enfermeiro nas questões relacionadas à terceira idade.

De acordo com cada programa de residência, o residente é escalado para atividades práticas em conjunto com os demais, objetivando a formação específica em saúde do idoso e o desenvolvimento de trabalho interdisciplinar.

Como forma de avaliação final, os residentes devem produzir uma monografia relacionada à experiência teórico-prática, com orientação de seu supervisor. Este trabalho deve ser apresentado ao final do período para a equipe do NAI, como forma de retroalimentar o processo ensino-aprendizado e valorizar a atividade acadêmica no programa de residência.

Ao final de cada ano é solicitada a resolução de um caso clínico por escrito onde é solicitado que seja feita uma análise e planejamento da abordagem do caso.

D) Treinamento Profissional em Saúde do Idoso

Criado em 2001, configura-se como curso de aperfeiçoamento, não-remunerado, destinado a profissionais que demandem capacitação na área de atenção à saúde do idoso. A carga horária é de 20 horas semanais, incluindo atividades teóricas e práticas, por um período de um ano. O pré-requisito é ter pelo menos dois anos de graduação e ter disponibilidade de horário para a programação prevista. A seleção é feita através de entrevista, com análise de currículo. Há uma ou duas vagas por cada área de conhecimento: medicina, enfermagem, serviço social, fisioterapia, nutrição, psicologia, fonoaudiologia, odontologia. Ao final do treinamento, o profissional deverá apresentar uma monografia de conclusão como critério de avaliação de desempenho e a análise e solução por escrito de um caso clínico, observando-se o plano terapêutico a ser instituído. Também é avaliada a presença, participação, desenvolvimento no trabalho em equipe em reuniões trimestrais entre os preceptores.

E) Especialização em Geriatria e Gerontologia/UnATI

Os alunos do curso de especialização da UnATI podem desenvolver sua Disciplina de Prática e de Seminário junto ao NAI. A Disciplina de Práticas tem duração de 12 semanas com a carga horária de 12 horas semanais. Estas correspondem a 3 turnos de atendimento que são divididos entre as atividades de ambulatório de geriatria, especializado, enfermaria, asilo e ações educativas. A Disciplina de Seminário corresponde a 12 encontros onde são abordados temas relacionados ao desenvolvimento metodológico do trabalho no NAI, o treinamento prático nas escalas mais utilizadas e grandes síndromes geriátricas. Os alunos ao final devem apresentar 75% de frequência e uma discussão de caso clínico por escrito.

6.6- Atividades desenvolvidas

As atividades se dividem em *comuns*, onde os alunos dos diversos programas e modalidades se mesclam de acordo com os projetos e ações desenvolvidos pelo NAI. Isto permite o aprendizado e a prática interdisciplinar, sendo estas atividades teóricas e práticas. A supervisão destas atividades é feita pelo responsável pelos projetos que funcionam como tutores e pelos preceptores de suas áreas.

As atividades *específicas* também se dividem em teóricas e práticas, sendo supervisionadas pelo preceptor ou tutores das áreas.

As atividades estão discriminadas no Quadro 10.

6.7 - “ Introdução À Saúde Do Idoso” – Curso De Atualização Profissional

O curso tem por objetivo informar aos alunos conceitos básicos de gerontologia que são considerados fundamentais para o trabalho na área. Ele se divide em módulos: Treinamento e Adaptação, Conceitos Básicos, Síndromes Geriátricas, Envelhecimento e Políticas Sociais, Psicologia, Prevenção e Promoção, Processo de reabilitação e Espaços de Atenção, tendo cerca de 80 horas/aula. As aulas ocorrem uma vez por semana.

Cada módulo é coordenado por um estafê que se responsabiliza pela organização e condução da linha prevista em sua ementa, pela solicitação ou levantamento da bibliografia de apoio e da avaliação ao final junto com os alunos.

O primeiro módulo tem metodologia distinta, ocorrendo na primeira semana, tendo o objetivo de dar conteúdos básicos para o entendimento do processo de trabalho, apresentar o NAI, sua equipe e os alunos, informando os princípios que informam o treinamento e o trabalho.

Este curso é obrigatório para os residentes de primeiro ano, nas áreas com dois anos de treinamento, e no segundo para as áreas onde o primeiro ano o NAI é campo de rodízio. Também os alunos bolsistas e acadêmicos têm carga horária alocada para isto, assim como os alunos de Treinamento Profissional. São abertas vagas para alunos de graduação ou profissionais de saúde que se interessem pelo assunto.

6.8_ Avaliação

A avaliação de programa é um processo que permite a retralimentação do processo de elaboração dos ajustes contínuos. Este processo pode ser entendido como a possibilidade de interpretar resultados e identificar o nível alcançado a partir dos objetivos iniciais. A definição dos objetivos permite a escolha dos instrumentos a serem utilizados. Este processo visa a análise do desempenho do aluno e do curso pelos alunos (Fujiura, 1998).

Cada modalidade de treinamento do programa tem uma forma de avaliação. A avaliação dos alunos é de responsabilidade do preceptor de cada área, e segue normas estabelecidas pelo seu regimento, pela Coordenação de Desenvolvimento Acadêmico/HUPE ou pelo serviço de origem responsável pelo programa no caso das residências.

Porém, como há supervisão compartilhada com os responsáveis pelos projetos em que os alunos estejam inseridos, o conselho de tutores e preceptores participa da discussão sobre cada aluno observando o desenvolvimento do conhecimento adquirido em gerontologia e na sua área específica, e das habilidades previstas para cada projeto de atuação como discriminado no anexo 3.

È realizada uma reunião trimestral para avaliação dos treinandos com os supervisores e preceptores de todas as áreas. Após esta, o preceptor da área conversa individualmente com cada aluno seu, discutindo as observações e as sugestões feitas pelo conselho. É apresentada ao aluno sua folha de avaliação, para que ele faça sua avaliação do treinamento e da relação com os preceptores.

Semestralmente é realizada uma reunião entre os treinandos e supervisores para avaliação do programa de treinamento. Estes são divididos em grupos multiprofissionais e orientados a discutir um relatório sobre cada área de atividade prática, com sugestões para os pontos considerados negativos. Esta avaliação é a base para as modificações no programa do ano seguinte.

Como forma de avaliação dos alunos, nos programas de residência em geriatria e serviço social, estes deverão apresentar ao final do primeiro ano o projeto do trabalho final para discussão com a equipe. E, ao final do segundo ano apresentar o trabalho final. Este é pré-requisito para a obtenção do certificado da residência.

Os alunos que permanecem por um ano devem apresentar em seis meses seu projeto e no final do período o trabalho final.

Ao final de cada ano de treinamento é solicitado que o aluno prepare um caso clínico, por escrito, no qual devem ser apontados os problemas existentes e suas possíveis soluções buscando a elaboração de um plano terapêutico interdisciplinar.

Os alunos de graduação, bolsista ou de estágio, tem seu desempenho avaliado nas atividades desenvolvidas e na participação no curso.

Os alunos da especialização da UnATI, além da presença, devem apresentar a discussão e plano terapêutico de um caso clínico que será posteriormente discutido, em grupo com os supervisores e serve de base para a análise do seu desempenho durante o período. É solicitada sua avaliação das Disciplinas de Prática e Seminários.

A avaliação dos alunos no curso é feita através da presença e da elaboração de uma resenha ao final de cada módulo de um dos textos de apoio, disponíveis no CRDE. É cobrada presença em 75% das aulas.

CAPÍTULO 7: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho enfocou uma revisão de literatura sobre a formação profissionais com ênfase na atenção integral à saúde do idoso. Embora ainda restrita, esta literatura fornece elementos para a elaboração de currículos para a graduação e pós-graduação.

Envelhecer é uma conquista, sendo parte do processo do curso vida do indivíduo. (OMS, 2002). Envelhecer com qualidade é um privilégio, e envolve mudanças em concepções básicas sobre saúde e direito de cidadania, objetivos da prática de saúde e formação dos profissionais aptos a lidarem com estas mudanças.

Quanto às práticas de saúde, os fundamentos da integralidade e equidade estão no seu cerne. A produção, o estudo, a divulgação e o uso de indicadores de saúde mais apropriados para compreender os idosos e o envelhecimento no Brasil, que permitam políticas distintas para diferentes

questões constituem ainda um desafio. A inclusão de noções de trabalho em equipe, prevenção, reabilitação, família e paliativismo também não são difundidos. O trabalho interdisciplinar, apesar de preconizado em várias instâncias, é visto com restrições, desde a formação dos alunos na graduação até na defesa das carreiras de sua legitimidade, passando pelas mudanças nas relações de trabalho.

Na formação profissional, destacam-se atualmente a implantação das novas diretrizes curriculares para a graduação, a integração da especialização e a educação permanente no contexto da preparação de recursos humanos para atuarem na atenção básica, com conteúdos e competências para identificar e abordar as especificidades do processo de envelhecimento. A atenção integral a saúde se viabiliza a partir da implementação de tais mudanças.

Ao abordar o currículo como produto social e historicamente situado, a valorização da inclusão de conteúdos de Geriatria e Gerontologia é vista como um projeto político-institucional e não apenas uma questão pedagógica. Apesar dos dados sobre o envelhecimento serem amplamente discutidos e da legislação existente, ainda não está clara a importância destes conteúdos para a sociedade e do idoso com ator social. A nossa cultura ainda não considera o papel social do idoso, mantendo preconceito sobre o envelhecimento, apesar de buscá-lo intensamente.

A transição epidemiológica e demográfica coloca a Geriatria como uma especialidade médica com mercado em expansão, tanto no setor público como privado, implicando a discussão da normatização da formação e distribuição de RH na saúde.

A incorporação da noção de competência como aprendizagem, que revaloriza a prática via exposição dos treinandos à situações diversas, consolidando esquemas de mobilização de recursos cognitivos e afetivos, no contexto multiprofissional, é central para toda a prática em saúde, necessitando ser incorporada em todos os modelos de formação de RH, desde a graduação. Esta incorporação traz conseqüências para o ensino, para as práticas e para a pesquisa.

Pesquisa sobre integralidade, trabalho em equipe, ações de saúde em contextos concretos de prática da assistência e da docência, com sujeitos reais, possibilitam a compreensão da interpretação dada a si próprio e ao “outro” pelos atores, na interação no cotidiano da prestação de serviço e atividades de ensino-aprendizagem. Os métodos qualitativo e interpretativo, como base na produção de conhecimento, permitem a orientação dos processos de desenvolvimento profissional. Por exemplo, a EPS como foco de investigação necessária junto às equipes de PSF e famílias atendidas.

Como sugestão, fica a inclusão do processo de envelhecimento e de saúde do idoso, nos seus aspectos bio-psico-sócio-econômico-ambiental e como curso de vida nos currículos de graduação, assim como os conhecimentos, atitudes e habilidades específicos para o atendimento ao idoso e a conscientização do preconceito sobre este processo em si próprio e no “outro”.

É possível avançar na adequação de programas de especialização, mais comprometidos com a formação de profissionais aptos, a reestruturação dos programas de residência, não só de geriatria e

gerontologia, mas também de clínica médica e saúde da família, e na discussão sobre o número de profissionais necessários e sua distribuição no SUS, nas diferentes regiões do país.

É imperioso que a educação continuada e permanente seja implementada para todos os profissionais de saúde com vista a avançar na constituição da chamada “equipe integração”. Os profissionais da atenção básica devem ser priorizados, dada a importância do seu trabalho no sistema de saúde. Como as mudanças nas diretrizes curriculares ainda deverão demorar um tempo para sua implementação completa, e como o processo de envelhecimento populacional já é uma realidade é necessário se investir em educação continuada e permanente a fim de enfrentar de alguma forma este desafio.

O trabalho conjunto entre todas as instituições envolvidas carece de determinação política e de uma melhor discussão das competências necessárias aos profissionais de saúde nas várias instâncias. Somente a presença de normas e leis não garantem sua adequação e execução.

BIBLIOGRAFIA

ADAMS, W.L.; MCILVAIN, H.E.; LACY, N.L.; MAGSI, H.; CRABTREE, B.F.; YENNY, S.K.; SITORIUS, M.A. Primary Care for Elderly People: Why Do Doctors Find It So Hard? **The Gerontologist**, v. 42, n. 6, p. 835-842, 2002.

AGUIAR, A. ; CORDEIRO,H. Integração Horizontal e Vertical no Currículo de Medicina da Universidade Estácio de Sá. **Revista da ABEM**, 2004 (no prelo).

AGS EDUCATION COMMITTEE AND POLICY ADVISORY GROUP. Education in Geriatric Medicine **Journal of American Geriatrics Society**, v. 49, p. 223-224, 2001.

AGS PUBLIC COMMITTEE. Care management position statement **Journal of American Geriatrics Society**, v. 48, p. 1338-1339, 2000.

ALLUÉ, R.C. Valoración y proyecciones. In: MORAGAS,R.M **El reto de la dependencia al envejecer**. Barcelona: Empresa Editorial Herder, 1999. 89 p.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. **Cultivating Positive Attitudes**. Disponível em <www.americangeriatrics.org> Acesso em: 24 jun. 2002.

BARROS, R.P; MENDONÇA,R.; SANTOS,D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. (Textos para Discussão, 686)

BARRY, P.P. Geriatric Education: a Team Approach *In: ANNUAL MEETING OF THE ASSOCIATION FOR GERONTOLOGY IN HIGHER EDUCATION*, 23., 1997, Boston, Massachusetts, USA. **The Beverly Lecture on Gerontology and Geriatrics Education**. New York, Washington, USA: Association for Gerontology in Higher Education, 1997. p. 1-14.

BASS, S.A., FERRARO, K.F. Gerontology Education in transition: Considering Disciplinary and a paradigmatic evolution. **Gerontologist**, v. 40, p. 97-106, 2000.

BIERNAT,K.A; REDISKE,V.A.; DUTHIE,E.H.JR. Collaborative development of geriatric education modules for resident education. **Academic Medicine**, v. 73, n. 5, p. 579, 1998.

BORDENAVE,JED: La transferencia de tecnologia apropiada al pequeño agricultor. *Revista Interamericana de Educación de Adultos* V3,n. 1-2, PRDE-OEA

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Brasília, DF: Senado , 1988**.

_____. Congresso. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990** . Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/saude/visao>> Acesso em 9 nov. 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF.: Ministério da Saúde, 2003. 50 p. (Série/Coleção)

BRASIL. **Parecer nº 1301 de 2003**. Estatuto do Idoso. Projeto de Lei da Câmara nº 57. Brasília, DF: Senado Federal, Comissão Diretora, 2003 . 28 p.

_____. **Plano de Ação Governamental Integrado para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso.** Brasília, DF: Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Assistência Social, 1996. 55 p.

_____. Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual “dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências”. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jan.1996.

BRASIL **Portaria 702/2002.** Ministério da Saúde. Brasília. DF, 2002.

BRASIL. **Relatório Nacional sobre Envelhecimento Populacional.** Brasília, DF, 2002.

BRITISH GERIATRICS SOCIETY . **Core Content of the Undergraduate Curriculum in Elderly Care Medicine.** British Geriatrics Society Compendium Document, 2000. Document F2.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira:** uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA, 2002. (Textos para Discussão, 858)

_____. **Brazilian population ageing:** differences in well-being by rural and urban areas Rio de Janeiro: IPEA, 2002. (Textos para Discussão, 878)

CAMARANO, A. A; BELTRÃO, K. I; PASCOS, A.R.P.; MEDEIROS,M.; CARNEIRO,I.G.; GOLDANI,A.M.; VASCONCELOS,A.M.N.; CHAGAS,A.M.R.; OSÓRIO,R.G. **Como vai o idoso brasileiro?** Rio de Janeiro: IPEA, 1999. (Textos para Discussão, 681)

CAMARANO, A.A; EL GHAOURI,S.K. **Família com idosos:** ninhos vazios? Rio de Janeiro: IPEA, 2003. (Textos para Discussão, 950)

CAMARGO JR, K.R. Um ensaio sobre a (In)Definição de integralidade In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da Integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003. p. 35-44.

CARVALHO,E.T.F. Geriatria não faz milagres. CT. **Revista Brasileira Clínica terapêutica.** São Paulo, ano XIII, julho 1984, pp 28-32.

CECIM,R. : Residência Integrada em Saúde: uma Resposta da Formação e Desenvolvimento Profissional para a Montagem do Projeto de Integralidade da Atenção à Saúde .In: 2004

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista Saúde Pública**, n. 2, p. 184-200, abr. 1997.

CLARK,P.G. Values in health care professional socialization: implications for Geriatric Education in interdisciplinary teamwork. **The Gerontologist**, v. 37, n. 4, p. 441-451, 1997.

COHEN, H. J. Geriatric Education: a model for Integration In: ANNUAL MEETING ASSOCIATION FOR GERONTOLOGY IN HIGHER EDUCATION, 28., 2002, Pittsburgh, PA, USA. **The Beverly Lecture on Gerontology and Geriatrics Education.** New York, Washington, USA: Association for Gerontology in Higher Education, 2002. p. 1-23.

COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES. Unificação das especialidades. **JAMB**, Resolução CFM 1634/2002, 2002. Suplemento especial.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. Disponível em <www.mec.gov.br/ensinosup/hospital-universitário/residência/legislação>

COSTA, E.F. A, COMISSÃO DE NORMAS E CONTROLE DA SBGG. **Proposta de programa de Residência Médica em Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: SBGG, 200?. p. 1-9.

COUNSELL,S.R.; KENNEDY,R.D.; SZWABO,P.; WADSWORTH,N.S.; WOHLGEMUTH,C. Curriculum Recommendations for Resident Training in Geriatrics Interdisciplinary Team Care **Journal of American Geriatrics Society**, v. 47, p. 1145-1148, 1999

DATASUS. **IDB 2004** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência**. Brasília, DF. Ministério da Saúde.PROFAE, v. 1, n. 2, p. 5-15, maio 2001.

DEPRESBITERIS, L. Certificação de competências: a necessidade de avançar numa perspectiva formativa. **Formação. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência**, Brasília, DF., n. 2, p. 27-38, 2001.

DEPRESBITERIS, L. Alguns aspectos teóricos da avaliação de programas. In: _____. **O desafio da avaliação da aprendizagem: dos fundamentos a uma proposta inovadora**. São Paulo: EPU, 1989. II. p. 33-55.

DIVISION OF DEVELOPMENT OF HUMAN RESOURCES FOR HEALTH. **Changing Medical Education** : an agenda for action Geneva: World Health Organization, 1991. 26p.

EDUCATION COMMITTEE OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. Curriculum guidelines on the care of the elderly for Internal Medicine Residency Training Programs **American Journal of Medicine**, New York, v. 103, p. 260-262, 1997.

ENGEL, G. The need for a new medical model: a challenge for Biomedicine **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.

EVANS, J. G. Ageing and Medicine **Journal of Internal Medicine**, v. 247, p. 159-167, 2000.

FAZENDA, I.C.A. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro**. São Paulo, Ed. Loyola, 1979.

FERICGLA, J. M. **Una antropología de la ancianidad**. Barcelona: Anthropos, 1992.

FERREIRA, J. R. O médico do séc. XXI. In: ARRUDA, B.K.G. **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife, 2001. (Série publicações Científicas do IMIP, 1)

FEUERWERKER, L.; COSTA, H.; RANGEL, M.L. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade. **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 36-48, 2000.

FEUERWERKER, L.C.M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. 1997. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Práticas de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública , Universidade de São Paulo, São Paulo.

_____. **A Formação de médicos especialistas no Brasil**. OPAS/RH, 2000. Disponível em <<http://www.opas.org.br/rh/sites/docs>>.

_____. **Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil**. São Paulo: HUCITEC; Rede Unida, 1998.

_____. **Além do discurso de mudança na educação médica**. São Paulo: HUCITEC; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: ABEM, 2002.

FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, R.R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? **Olho Mágico**, ano 5, n. 18, p. 5-6, mar. 1998.

FUJIMURA, I. Avaliação no Ensino Médico. In: Marcondes, E; Gonçalves, E.L. Educação Médica. São Paulo, Savier, 1998.

FULMER, T. Curriculum Recommendation for Resident Training in Geriatrics Interdisciplinary Team Care **Journal of American Geriatrics Society**, v. 47, p. 1149-1150, 1999.

GARCIA, J.C. **La Educación médica en la América Latina**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1972. v. (Publicación científica 255).

GARCIA, M.A. Knowledge, action and education: teaching and learning at healthcare centers. *Interface_ Comunic, saúde, educ.* V.5, n.8, pág 89-100, 2001

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 24, n. supl I, p. 3-6, 2002.

GLOBE, R. **Positional paper on multiprofessional Education** Disponível em: <www.network.unimaas.nl/position/index.htm> Acesso em: 20 set. 2003.

GORDILHO, A.; SÉRGIO, J.; SILVESTRE, J.; FREIRE, M.P. A.; ESPINDOLA, N.; MAIA, R.; VERAS, R.; KARSCH, U. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. 1.ed. Rio de Janeiro: UnATI, 2000. 92 p.

HAGER, P.; GONZI, A.; ATHANASOU, J. General issues about Assessment of Competence **Assessment and Evaluation in Higher Education**, v. 19, n. 1, p. 3-16, 1994.

HART, C. Writing the review in: CHRIS HART **Doing a Literature Review Releasing the Social Science Research Imagination**. London: Sage Publications, 1998. cap.7. p. 172-206.

HAYFLICK, L. **Como e por quê envelhecemos** Rio de Janeiro: Campus, 1996.

HAZZARD, W.R.; WOOLARD, N.; REGENSTREIF, D.I. Internal Medicine: At the Nexus of the Health care System in Responding to the Demographic Imperative of an Aging Population **The American Journal of Medicine**, v. 110, p. 507-513, Apr. 2001.

HAZZARD, W.R.; LUNDEBJERG, N.; REGENSTREIF, D.I.; WOOLARD, N.; CLAYTON, C.P.; HIGH, K.P. Expanding Geriatrics into Subspecialty Internal Medicine Healthcare, Research and education: Caring for Older Adults and the T. Franklin Williams Career Development Awards **The American Journal of Medicine**, v. 113, p. 533-536, Oct. 2002.

HENDICKS, J.; ACHENBAUM, A. Historical development of theories of ageing in: BENGTON, V.L.; SCHAIE, K.W. **Handbook of theories of aging**. New York: Springer Publishing Company, Inc., 1999. p. 21-39.

IBGE. **Censo 2000**. Disponível em: <www.ibge.gov.br>

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-1998**. Disponível em: <www.ibge.gov.br> Acesso em: 15 maio 2000.

JECKEL-NETO, E.A. Tomar-se velho ou ganhar idade: o envelhecimento biológico revisado. In: NERI, A. L. **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. São Paulo: Papirus, 2001. p. 39-52.

JOINT COMMITTEE ON HIGHER MEDICAL EDUCATION. **Higher Medical Training Curriculum for Geriatric Medicine** London: Joint Committee on Higher Medical Education., 2003. 60 p.

KELLER, I., MAKIPAA, A., KALACHE, A. **Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum**. World Health Organization, 2002.

LEAVELL, H.R.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva** 2. ed. São Paulo: Mc GrawHill, 1976. 744 p.

LIMA E COSTA, M. F. F.; GUERRA, H. L.; BARRETO, S. M.; GUIMARÃES, R. M. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF., p. 23-41, 2000.

LIMA-COSTA, M. F.F. ; BARRETO, S.; GIATTI, L.; UCHÔA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745-757, jun. 2003.

LÜCK, H. **Pedagogia Interdisciplinar**: fundamentos teórico-metodológicos 10 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 92 p.

MACHADO, M.H. Sociologia das profissões: uma contribuição para o debate teórico. In: _____. **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

MARANHÃO, E.A. **Construção coletiva das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da Saúde**: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. Disponível em: <www.redeunida.org.br/diretrizes/efrem.asp> Acesso em: 23 nov. 2003.

MARTÍNEZ, F.M. Aspectos Biológicos del Envejecimiento. In: PÉREZ, E.A.; GALINSKI, D.; MARTINEZ, F.M.; SALAS, A.R.; AYÉNDEZ, M.S. **La Atención de Los Ancianos**: un desafío para Los Años Noventa. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994.

MARTINS DE SÁ, J.L. Gerontologia e interdisciplinaridade _fundamentos epistemológicos. **Gerontologia**, v. 6, n. 1, p. 41-45, 1998.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. E; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em www.ms.gov.br

MOREIRA, A.F.B. Sociologia do currículo : origens, desenvolvimento e contribuições **Aberto**, Brasília, DF, v. 46, n. 9, p. 73-83, abr./jun. 1990.

MOREIRA, A.F.B.; SILVA, T.T. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. In: _____. **Currículo, Cultura e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 1994. cap 1. p. 7-37.

MOTTA, L. B.; NOVAES, R.H.L. Levantamento do perfil de idosos internados em um hospital geral: análise do processo de internação frente às demandas da população geriátrica. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 6, 2001.

NERI, A. L. **Palavras-chave em Gerontologia**. Campinas, SP: Alínea, 2001. 136 p.

_____. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, A.L. **Qualidade de vida e idade madura**. São Paulo: Papirus, 1993. 1. p. 9-55.

_____.; CALHIONE, M. Velhice bem-sucedida e educação. In: NERI, A.L.; DEBERT, G. G. **Velhice e Sociedade**. São Paulo: Papirus, 1999. (Coleção Vivacidade).

OMS. Envelhecimento ativo: um Projeto de Saúde Pública. In: Encontro Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, 2., 2002. Madri. **Anais...** Madri: OMS, 2002.

PAIM, J.S.; NUNES, T.C.M. Contribuições para um programa de educação continuada em Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Julho/Setembro, 1992.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definições do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. et al. (Ed.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 2-12.

PARAHYBA, M.I.C.A. **Fatores socio-demográficos e dificuldades funcionais dos idosos no Brasil**. 2003. 145 f. Tese (Doutor em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.103-109, fevereiro 2001.

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

PERRENOULD, P. A noção de competência In: _____. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. Cap 1. p. 19-33.

PNAD 2001. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios** Disponível em: <www.ibge.gov.br>

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-797, jun. 2003.

RAMOS, M.N. Qualificação, competências e certificação: visão educacional **Formação. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência**, Brasília, DF., n. 2, p. 17-26, 2001.

REDE DA APOIO À EDUCAÇÃO MÉDICA. Disponível em < www.abem_educmed.org.br/raem>

REDE UNIDA. Sobre a proposta de diretrizes curriculares para a medicina. **Olho Mágico**, v. 5, n. 20, out. 1999.

RESOLUÇÃO 04/1983 da CNRM para Programa de Geriatria e Gerontologia. Disponível em <www.mec.gov.br/ensinosup/hospital-universitário/residência/legislação>

RESOLUÇÃO 2003 da CNRM para Programa de Geriatria e Gerontologia, Clínica Médica e Medicina de Família e Comunidade. MEC. Disponível em <www.mec.gov.br/ensinosup/hospital-universitário/residência/legislação>

REUBEN, D.B. Geriatrics in Internal Medicine Residency Training: the destination and obstacles along the way. **American Journal of Medicine**, v. 103, p. 257-259, 1997. Coluna editorial.

REUBEN, D.B.; FINK, A.; VIVELL, S.; HIRSCH, S.H.; BECK, J.C. Geriatrics in residency programs **Academic Medicine**, v. 65, p. 382-387, 1990.

REUBEN, D.B.; ZWANZIGER, J.; BRADLEY, T.B.; FINK, A.; HIRSCH, S.H.; WILLIAMS, A.P.; SOLOMON, D.H.; BECK, J.C. How many physicians will be needed to provide medical care for older persons? Physician Manpower needs for the twenty-first century. **Journal of American Geriatrics Society**, v. 41, p. 444-453, 1993.

REUBEN, D.B.; ZWANZINGER, J.; BRADLEY, T.B.; BECK, J.C. Is Geriatrics a primary Care or Subspecialty Discipline? **Journal of American Geriatrics Society**, v. 42, p. 363-367, 1994.

REYES-ORTIZ, C.A.; MORENO-MACIAS, C.H. Curricular Strategies for Geriatrics Education in a Medical School **Educational Gerontology**, v. 27, p. 515-523, 2001.

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J. I. J. **Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde**: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Secretaria Executiva da Rede IDA-Brasil, sem data. 16 p.

RODRÍGUES, P.R. El problema de la dependencia en las personas mayores. In: MORAGAS y MORAGAS, R. **El reto de la dependencia al envejecer**. Barcelona: Empresa Editorial Herder, 1999. p. 197.

SACRISTÁN, J.G. Aproximação ao conceito de currículo In: SACRISTÁN, J.G. **O Currículo**: uma reflexão sobre a prática. 3 ed. Porto Alegre: ArtMed, 2000. p. 13-53.

SEIXAS, P.H.D. **Estudo sobre Sociedades de Especialistas em Medicina no Brasil**: relatório final. [Brasília, DF: Desenvolvimento Institucional do MS - Área de Consultoria; Políticas e Diretrizes para a Ordenação de RH em saúde, 19--]. Projeto BRA/90-32.

SILVESTRE, J.A. **Capacitação em Saúde do Idoso**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999. 16 f.

_____. Como anda a Saúde do idoso no Brasil? **Ciência Hoje**, v. 23, n. 137, p. 22-29, 1998.

_____.; COSTA NETO, M.M. Abordagem do Idoso em programas de saúde da família **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, jun. 2003.

_____.; KALACHE, A.; VERAS, R. P. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. **Arq Geriatria e Gerontologia**, v. 0, n. 1, p. 81-89, 1996.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Disponível em <www.sbgg.org.br>

SOUZA, E.G. Residência Médica no Brasil. **Revista Brasileira Educação Médica**, v.9, n° 2, p.112-114,1985.

THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. **AGS Position Statement** : Education in Geriatric Medicine Disponível em : <www.americangeriatrics.org> Acesso em 24 jun. 2002.

THE EDUCATION COMMITTEE WRITING GROUP OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. Core Competencies for the Care of Older Patients: Recommendations of the American Geriatrics Society. **Academic Medicine**, v.75, n. 3, p. 252-255, 2000.

TORALLES-PEREIRA, M.L.; FORESTI, M.C.P.P. Formação profissional: reflexões sobre interdisciplinaridade **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 2, n. 3, p. 149-152, 1998.

TSUKUDA, R.A. Interdisciplinary collaboration: teamwok in Geriatrics In: CASSEL, C. K.; RIESENBERG, D.E.; SORENSEN, L.B.; WALSH, J.R **Geriatric Medicine**. 2nd. ed. New York: Springer-Verlag, 1990. cap 52. p. 668-675.

UNITED NATIONS OFFICE ON AGEING AND THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF GERONTOLGY. **Research Agenda on Ageing for the 21th Century** Acesso em: 19 June 2003.

VASCONCELOS, E.M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: Epistemologia e Metodologia operativa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. 343 p.

WHO STUDY GROUP ON MULTIPROFESSIONAL EDUCATION OF HEALTH PERSONNEL: THE TEAM APPROACH. **Learning together to work together for health** Geneva: World Heath Organization, 1988. 72 p. Techinal Report Series.

ANEXOS²¹

²¹ O material foi traduzido livremente pela autora, assim como os quadros foram montados de acordo com as associações sistematizadas previamente.

ANEXO 1 _ COMPETÊNCIAS BÁSICAS PARA A GRADUAÇÃO

QUADRO 1_ Barry,P.P. Geriatric Education: a Team Approach

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS COGNITIVAS	HABILIDADES	COMPETÊNCIAS AFETIVAS
Descrever e conhecer o papel dos integrantes da equipe	Explicar a estrutura do programa e a relação entre os professores e alunos	Ser capaz de trabalhar profissionalmente dentro de uma equipe interdisciplinar	Apreciar as relações entre as habilidades dos membros da equipe
Funcionar como um membro da equipe e como um provedor de cuidado	Conhecer as habilidades, funções e papel profissional das demais disciplinas e os princípios da dinâmica de grupo	Demonstrar habilidade de comunicação efetiva. Ser capaz de trabalhar em equipe e formular um plano de trabalho interdisciplinar Ser capaz de facilitar a interação do grupo através de dinâmicas de grupo	Desenvolver a apreciação e o respeito pelas competências dos membros Apreciar a necessidade e o valor do cuidado interdisciplinar para o idoso
Conhecer os princípios básicos da geriatria	Ser familiarizado com recursos Estar alerta para os fatores sociais, econômicos e psicológicos que influem no comportamento dos idosos.	Ser capaz de recrutar serviços comunitários e reconhecer a necessidade de suporte	Desenvolver atitude positiva em relação aos idosos Desenvolver sensibilidade para a identificação dos aspectos sociais, econômicos e psicológicos que afetam os idosos.

Fonte:

ANNUAL MEETING OF THE ASSOCIATION FOR GERONTOLOGY IN HIGHER EDUCATION, 23., 1997, Boston, Massachusetts, USA. New York, Washington, USA: Association for Gerontology in Higher Education, 1997. p. 1-14.

QUADRO 2 _ British Geriatrics Society . Core Content of the Undergraduate Curriculum in Elderly Care Medicine

The Education Committee Writing Group Of The American Geriatrics Society. Core Competencies for the Care of Older Patients: Recommendations of the American Geriatrics Society

	BRITISH GERIATRICS SOCIETY	AMERICAN GERIATRICS SOCIETY
objetivos	-habilidade em colher uma história e fazer exame físico que inclua avaliação física e mental, dados obtidos com terceiros, suporte social e capacidade funcional. Os alunos devem ser capazes de modificar sua abordagem para obter uma história satisfatória dentro do contexto. -usar as informações obtidas para formular diagnóstico diferencial, construir uma lista de problemas e preparar um planejamento	

	<p>inicial.</p> <p>-compreender porque uma abordagem multiprofissional é necessária para permitir que idosos retornem de uma hospitalização para sua vida normal</p>	
atitudes	<p>-reconhecer que os idosos não são homogêneos, tendo diversas experiências e culturas.</p> <p>-observar todos os aspectos da medicina geriátrica e conhecer que a hospitalização aguda é parte dos muitos serviços disponíveis para idosos</p> <p>-valorizar o papel de todos os membros da equipe</p> <p>-mostrar preocupação com as influências políticas e econômicas sobre a saúde</p> <p>-demonstrar equilíbrio entre prolongamento da vida e qualidade de vida</p> <p>-compreender a noção de "boa morte"</p> <p>-reconhecer os idosos como parte da sociedade com os mesmos direitos e responsabilidades</p>	<p>- estar alerta para os vários mitos e estereótipos relacionados ao envelhecimento</p> <p>- reconhecer que o "ageism", como o racismo, afeta todos os níveis e aspectos da sociedade, incluindo os profissionais de saúde, e que podem afetar adversamente o cuidado dos idosos.</p> <p>-reconhecer que "os idosos" são um grupo diverso com diferentes personalidades, valores, níveis funcionais e processos de adoecimento e compreender que cada pessoa necessita ser vista e cuidada por sua individualidade e não por sua idade cronológica.</p> <p>-estar aberto e desejar trabalhar com colegas de outras disciplinas no cuidado dos idosos</p> <p>-estar alerta para suas atitudes quanto ao seu próprio envelhecimento, incapacidade e morte</p> <p>-ser compassivo com aqueles que provêm cuidado no dia a dia e encarar suas dificuldades</p> <p>-considerar a necessidade de melhora ou otimização funcional mais do que o enfoque na doença</p>
conhecimento	<p>-processo de envelhecimento</p> <p>-abordagens para aumentar a vida ativa e saudável: prevenção primária e secundária</p> <p>-diagnóstico, análise das causas e abordagem dos problemas: problemas múltiplos, tanto físico como mental, assim como incapacidades e suporte social inadequado.</p> <p>-terapia com múltiplas drogas e suas conseqüências</p> <p>-quedas</p> <p>-imobilidade</p> <p>-incontinência</p> <p>-Acidente Vascular Cerebral</p> <p>-confusão (crônica e aguda)</p> <p>-problemas mentais como depressão e demência</p> <p>-dificuldades sensoriais</p> <p>-doença terminal e cuidados paliativos</p> <p>-causas e prevenção de úlceras de pressão</p> <p>-desnutrição</p> <p>- demografia e papel dos idosos na nossa sociedade</p> <p>-frequência de patologias múltiplas e a apresentação não específica das doenças</p> <p>-inter-relação entre lesão, incapacidade e dependência.</p> <p>- o papel das investigações em idosos doentes e o potencial benefício das abordagens de alta tecnologia</p> <p>- o uso terapêutico e o potencial perigo das medicações habitualmente usadas</p> <p>- o processo de reabilitação, qual</p>	<p>1- ciências básicas</p> <p>- demografia e epidemiologia do envelhecimento, incluindo crescimento do número de idosos e sua heterogeneidade</p> <p>- teorias do envelhecimento, incluindo bioquímica/molecular, celular, genética e biopsicossocial.</p> <p>- envelhecimento "normal" X doenças no nível molecular, celular, tecidual e orgânico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envelhecimento normal é heterogêneo, afetando diferentes órgãos e tecidos em indivíduos diferentes em tempos diferentes. • Processos de envelhecimento preveníveis, reversíveis e tratáveis devem ser reconhecidos e manejados corretamente • A perda do mecanismo homeostático pode ser responsável por alguns destes processos • Alterações anatômicas e histológicas associadas com a idade <p>- patologia associada com envelhecimento normal e processos de adoecimento associados com a idade</p> <p>- fisiologia do envelhecimento</p> <p>- farmacologia no envelhecimento e decisões terapêuticas relevantes</p> <p>2- Clínica</p> <p>Ser familiar à:</p> <p>- síndromes e condições comuns em geriatria, tendo conhecimento dos fatores de risco, causas, sinais, sintomas, diagnóstico diferencial, avaliação diagnóstica inicial e estratégias preventivas: demência, prescrição inapropriada de medicação, incontinência, depressão, delírium, iatrogenia (conseqüências da hospitalização e imobilidade), quedas, osteoporose, alterações sensoriais, "failure to thrive", imobilidade e distúrbios da marcha, desordens do sono e apresentação não específica das doenças.</p> <p>- doenças e desordens comuns, incluindo</p>

	<p>a meta a ser atingida, a importância de colocar objetivos e o trabalho interdisciplinar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - serviços de suporte comunitário disponível - importância da discussão de caso no planejamento - papel do cuidado institucional usado pela minoria dos idosos e as questões associadas a isto. 	<p>fisiopatologia, sinais e sintomas, diagnóstico diferencial e avaliação inicial: doenças reumatológicas (osteoartrite, artrite reumatóide, arterite temporal, polimialgia reumática); doenças genito-urinárias (hipertrofia prostática benigna, disfunção sexual); doenças neurológicas (Doença de Parkinson, Acidente Vascular, ataque isquêmico transitório, tonteira e síncope); doenças cardiovasculares (Insuficiência Cardíaca Congestiva, Fibrilação Atrial, doença valvar, Hipertensão Arterial); endócrinas (Diabetes Mellitus, hipo e hipertireoidismo, Doença Paget); câncer; infecções; dç renais (distúrbio hidro-eletrolítico); doenças gastro-intestinais (constipação, desnutrição, diverticulite e diverticulose); doenças psiquiátricas, fraturas e amiloidose.</p> <ul style="list-style-type: none"> - presença de sinais e sintomas de questões e problemas psicossociais mais comuns: alterações tardias da vida como aposentadoria; problemas psicológicos incluindo desordens afetivas, psicóticas, ansiedade, resposta a dç médicas, depressão, abuso de drogas; dç e sintomas sub-reportados; sexualidade e envelhecimento; abuso e negligência, suicídio, segurança ambiental; recursos comunitários incluindo aqueles para prevenir institucionalização; adaptações para o cuidado em situações alternativas. - prevenção de doenças: primária, secundária e terciária. - questões éticas no cuidado com idosos: capacidade de decisão, eutanásia, e suicídio assistido, racionalidade no cuidado à saúde, manejo da dor e cuidados paliativos. - financiamento do cuidado (conhecer o sistema de saúde) - aspectos culturais do envelhecimento. Estar familiarizado com a influência da cultura e etnia no processo de envelhecimento, percepção da doença e saúde e acesso ao sistema
habilidades	<ul style="list-style-type: none"> - colher uma história completa incluindo detalhes acerca de suporte social e avaliação funcional - exame físico completo - avaliação cognitiva - discutir o cuidado com demais profissionais envolvidos - capacidade de manter boa comunicação com idosos, mesmo com déficits sensoriais - colher uma história colateral com parentes e cuidadores 	<ul style="list-style-type: none"> - aplicar a avaliação geriátrica ampla, incluindo os métodos de avaliação física, cognitiva, emocional e social apropriadas (MEEM, AVD, AVDI, Yesavage) - habilidades para exame físico dos distúrbios de marcha e equilíbrio, reconhecendo sinais de envelhecimento normal ou anormal, avaliação pré-operatória.
Estratégias recomendadas	<ul style="list-style-type: none"> - uso de treinamento multiprofissional 	<p>Contato com idosos adoecidos e saudáveis</p> <ul style="list-style-type: none"> - experiência longitudinal por todos os anos do currículo médico, particularmente o trabalho com idosos na comunidade. - utilizar todos os cenários possíveis _ abrigo, casa-lar, asilo, hospital, comunidade.

Fonte:

British Geriatrics Society Compendium Document, 2000. Document F2.

Academic Medicine, 2000. 75/3, p. 252-255,

ANEXO 2 _ COMPETÊNCIAS PARA PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU

MEDICINA INTERNA E MÉDICINA DE FAMÍLIA

QUADRO 3 _ Education Committee of the American Geriatrics Society. Curriculum Guidelines on the Care of the Elderly for Internal Medicine Residency Training Programs
 CounselL,S.R.; Kennedy,R.D.; Szwabo,P.; Wadsworth,N.S.; Wohlgemuth,C.
 Curriculum Recommendations for Resident Training in Geriatrics Interdisciplinary Team Care

AMERICAN GERIATRIC SOCIETY		
	Residência em Medicina Interna e Saúde da Família	Residência em Medicina Interna
Objetivos	1- prover treinamento em equipe interdisciplinar geriátrica para residentes de medicina interna e saúde da família como componente do currículo geriátrico 2- treinar residentes, com objetivos específicos de aprendizado, em cuidado interdisciplinar. 3-aumentar o número de médicos com conhecimento formal e áreas de competência em outras disciplinas que atuam no cuidado à saúde 4- encorajar e treinar médicos para trabalhar efetivamente como parte da equipe a fim a fornecer o cuidado necessário aos idosos e suas famílias e cuidadores.	
Atitudes	1- respeitar o papel de cada profissional no cuidado com idosos e suas famílias e cuidadores 2- desenvolver o desejo e a abertura para colaborar com os demais profissionais de saúde 3- Avaliar a importância do trabalho interdisciplinar na manutenção e melhora funcional e qualidade de vida em idosos, especialmente os portadores de incapacidades.	1- avaliação, integração e continuidade do cuidado. 2-diagnóstico médico e tratamento 3- diagnóstico e tratamento psicológico 4- suporte pessoal e comunicação de informações 5- manutenção de pacientes crônicos
Conhecimento	1-modelos de relação de trabalho em equipe 2-situações específicas onde a equipe interdisciplinar é necessária 3-como selecionar membro apropriado da equipe para atuar em situações específicas 4-conhecer as áreas de competência e papel de cada disciplina. Incluindo as básicas da equipe nuclear (medicina, enfermagem e serviço social) e da equipe expandida, a qual é utilizada de acordo com a necessidade do usuário _ nutrição, enfermagem, terapeuta ocupacional, conselheiro espiritual, farmacêutico, médico, fisioterapeuta, fonoaudiologista, assistente social 5- avaliar os serviços de suporte social comunitário viáveis incluindo: hospices, serviços saúde mentais, telefone de segurança, visitantes, acompanhantes, cuidadores de casa, programas alimentares, serviços de transporte, hospital dia, centro-dia, “respite care”. 6- conhecer o suporte informal disponível: família, vizinhos, amigos, instituições religiosas, programas comunitários. 7-fatores que contribuem para o sucesso ou fracasso da rede de suporte e o risco de institucionalização 8-conhecer como acessar as várias disciplinas e os mecanismos de pagamento 9-estratégias do trabalho em equipe para o desenvolvimento de cuidado: composição de uma meta comum entre a equipe e familiares; expectativa de cada papel; padrões de comunicação; habilidades de facilitação	Deve compreender: - envelhecimento normal, alterações relacionadas à idade em tecidos, órgãos, fisiologia e homeostase. - alterações relacionadas à idade na epidemiologia e apresentação de doenças - alterações farmacocinética e farmacodinâmica e a prescrição apropriada. - ajustes necessários na história e exame físico - indicações para avaliação geriátrica ampla e aplicação prática deste processo - estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças, incluindo imunização, “screening” e modificações dos hábitos de vida - necessidades nutricionais, incluindo reconhecimento e tratamento da desnutrição. - complicações médicas e iatrogências da hospitalização - questões especiais relacionadas à cirurgia - cuidado contínuo e planejamento de alta, prescrição do nível apropriado de

	do trabalho em grupo; tomada de decisão; negociação e manejo dos conflitos; envolvimento dos pacientes e famílias.	cuidado e coordenação dos serviços e apoios comunitários. - capacidade terapêutica dos asilos no tratamento de reabilitação sub-aguda - papel do diretor médico do asilo - autonomia, capacidade de decisão, competência para decisão médica frente ao final da vida. - manejo de cuidados paliativos - sistema de saúde - avaliação e abordagem das síndromes geriátricas: demência/delírium, depressão, incontinência, queda, marcha e equilíbrio, imobilidade, úlceras de pressão, doenças induzidas por drogas, déficits sensoriais, osteoporose, desordens do sono, dor, “failure to thrive”, abuso e negligência
Habilidades	1- apropriada referência, consulta e comunicação com as demais disciplinas requeridas! 2- coordenação do cuidado dado por várias disciplinas 3- efetiva facilitação e participação na equipe interdisciplinar que pode ser implementada em uma variedade de cenários (hospital, hospice, ambulatório, asilo) 4-reconhecer e apontar as questões familiares ou dos cuidadores como parte da avaliação e planejamento do cuidado.	executar avaliação geriátrica ampla - conduzir avaliação do estado mental e funcional - decisão médica incorporando junto a avaliação médica, valores e preferências do paciente. - habilidade em negociar plano de tratamento com o usuário - habilidade no diagnóstico e abordagem das múltiplas doenças equilibrando benefícios potenciais contra efeitos colaterais - manejo coordenado entre ambulatório, emergência, e cuidados prolongados. - habilidade em prescrever segura e eficazmente
Estratégias recomendadas	Atividades Rotatórias 1- prover um fórum para os residentes discutirem com os pares suas interação pessoal na equipe 2- permitir no início a observação do trabalho de uma equipe, usando identificar comportamentos importantes da equipe. 3- dar experiência interdisciplinar, incluindo a reunião de equipe, que requer participação ativa para a determinação do plano de cuidado, dentro do contexto da responsabilidade direta com o cuidado. 4- mostrar que os problemas funcionais são a base da compreensão do planejamento do cuidado 5-participar do trabalho em cenários diversos 6-dar sessões de instrução onde os diversos profissionais discutem seu trabalho, treinamento, papel e área de competência. 7- dar oportunidade do residente observar os membros da equipe trabalhando e interagindo com o usuário. 8-considerar o uso de vídeos, telemedicina, videoconferência, módulos de treinamento por computador. Rodizio de Material 1- protocolo contendo objetivos de currículo,	

	<p>responsabilidades e informações administrativas.</p> <p>2- programa de curso cobrindo conteúdo das áreas e de referências chave</p> <p>Rotação do Estafe</p> <p>1- entre médico, enfermagem, fisio, serviço social que servem como educadores e facilitadores da experiência</p>	
Avaliação	<p>1- participação e interesse nas várias atividades da equipe.</p> <p>2- observação do residente pelo corpo da equipe e por seus pares.</p> <p>3- apresentar um planejamento de cuidado para um paciente.</p> <p>4- use medidas de efetividade para avaliar o residente durante sua participação ativa</p>	
Recomendações gerais	<p>1- incluir a experiência interdisciplinar no currículo da geriatria</p> <p>2- desenvolver ou expandir um currículo para equipe interdisciplinar, incluindo medidas objetivas com respectiva instrução e estratégias de avaliação.</p> <p>3- colaborar com outros departamentos e treinamentos para identificar experiências comuns</p> <p>4- discutir as metas e objetivos com os membros da equipe para envolvê-los no desenvolvimento do currículo</p> <p>5- promover discussão sobre problemas na atitude e expectativas</p> <p>6- promover e treinar um corpo de equipe interdisciplinar</p> <p>7- promover ligação com outros programas interdisciplinares</p> <p>8- desenvolver um comitê institucional para o trabalho interdisciplinar.</p>	
Papel profissional	<p>1- avaliação, integração e continuidade do cuidado</p> <p>2- diagnóstico médico e tratamento</p> <p>3- diagnóstico e tratamento psicológico</p> <p>4- suporte pessoal e comunicação de informações</p> <p>5- manutenção de pacientes crônicos</p>	
Doenças e desordens que devem constar no treinamento	<p><i>ACV</i>: HA, hipotensão ortostática, arritmias, DC, dç valvar, cardiomiopatias, dç vascular periférica.</p> <p><i>Musculoesquelético</i>: osteoartrite, osteoporose, fraturas, artrite reumatóide, estenose de canal, polimialgia reumática, Sjögren.</p> <p><i>Neurologia</i>: delirium, demência, D Parkinson, AVC, epilepsia, neuropatia periférica.</p> <p><i>TGI</i>: patologia oral, desordens da deglutição, refluxo, sangramento, malignidade, isquemia, diarreia, constipação.</p> <p><i>Infecção</i>: pneumonia, infecção urinária, tuberculose, herpes zoster, diarreia, endocardite, meningite, febre origem desconhecida, influenza</p> <p><i>Endócrino</i>: DM, hipo-hipertireoidismo, Paget, hipercalcemia, impotência, menopausa.</p> <p><i>Hematológico e oncologia</i>: anemias e malignidades mais comuns, alteração hemostasia.</p> <p><i>Renal</i>: desequilíbrio hidro-eletrolítico, uropatia obstrutiva, HPB, dç renovascular, hematúria.</p> <p><i>Dermatológica</i>: ceratose seborreica, ceratose actínica, lesões malignas.</p> <p><i>Psiquiatria</i>: depressão, desordens do ajustamento, ansiedade, dst comportamento, paranóia,</p>	

		consequências do isolamento social, tristeza e luto.
--	--	--

Fonte:
 American Journal of Medicine, New York, 1997. 103, p. 260-262
 Journal of American Geriatrics Society, 1999. 47, p. 1145-1148

QUADRO 4: Resolução 04/ 2003 da CNRM para Clínica Médica e Medicina de Família e Comunidade

	CLÍNICA MÉDICA (CM)	
	1º ANO	2º ANO
Unidade internação em CM	20%	20%
Unidade internação em especialidades	20%	
Ambulatório especialidades		10%
Ambulatório geral e em UBS	20%	30%
Urgência e emergência	15%	15%
UTI	5%	5%
Atividades teórico-complementares	10 a 20%	10 a 20 % devendo constar temas como bioética, ética médica, metodologia científica, epidemiologia e bioestatística
Estágios obrigatórios		Cardiologia, gastroenterologia, nefrologia e pneumologia.
Estágios opcionais		Dermatologia, radiologia e diagnóstico por imagem, endocrinologia, geriatria, hematologia, infectologia, neurologia, reumatologia, ou outros a critério.
Cursos obrigatórios		Epidemiologia clínica, biologia molecular aplicada, organização de serviços de saúde

MEDICINA		
DE FAMÍLIA E COMUNIDADE		
Unidades de cuidados primários	Postos de saúde urbanos e rurais, centros de saúde e unidades básicas situadas em centros de referência _ 50%	<p>As atividades de prática integral à saúde incluem habilidades para:</p> <p>1. Em nível individual:</p> <p>a) implementar ações de promoção e proteção à saúde da criança, da mulher, do adolescente, do adulto, do trabalhador e do idoso;</p> <p>b) identificar as fases evolutivas e assistir aos transtornos adaptativos da infância, da adolescência, da idade adulta e da velhice;</p> <p>c) prestar assistência à gestação normal, identificando os diferentes tipos de risco;</p> <p>d) assistir ao parto e ao puerpério normais;</p> <p>e) diagnosticar e tratar as afecções mais frequentes do ciclo gravídico-puerperal;</p> <p>f) proporcionar cuidados ao recém-nascido normal e realizar puericultura;</p> <p>g) diagnosticar e tratar as afecções mais frequentes na infância, na adolescência, na idade adulta e na velhice;</p> <p>h) reconhecer e proporcionar os primeiros cuidados às afecções graves e urgentes;</p> <p>i) examinar e constatar anormalidades em exames complementares e de apoio ao diagnóstico relacionado com a complexidade de sua atividade clínica;</p> <p>j) diagnosticar e tratar distúrbios psicológicos mais comuns, encaminhando para assistência psicológica ou psiquiátrica os pacientes que dela necessitarem;</p> <p>k) diagnosticar patologia cirúrgica frequente e encaminhar à sua resolução;</p> <p>l) executar cirurgia ambulatorial de pequeno porte;</p> <p>m) encaminhar, para serviços adequados, pacientes que necessitem de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos especializados;</p> <p>n) orientar o pré e pós-operatórios das intervenções mais simples;</p> <p>o) diagnosticar e tratar os problemas mais frequentes de saúde do trabalhador, encaminhando para a assistência especializada sempre que se fizer necessário.</p> <p>2. Em nível familiar e coletivo:</p> <p>a) conhecer o ciclo vital, a estrutura e a dinâmica familiar;</p> <p>b) reconhecer e assistir, quando necessário, às crises familiares, evolutivas e não evolutivas;</p> <p>c) reconhecer e assistir às disfunções familiares, encaminhando corretamente para assistência psicológica ou psiquiátrica as famílias que dela necessitarem;</p> <p>d) conhecer e utilizar as técnicas de dinâmica de grupo;</p> <p>e) conhecer e promover ações de educação em saúde, bem como participar de ações em parceria com a comunidade, buscando desenvolvimento simultâneo e mútuo;</p> <p>f) identificar os problemas e necessidades de saúde da comunidade, particularizando grupos mais vulneráveis, e implementar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de caráter coletivo e no âmbito da atenção primária;</p> <p>g) desenvolver ações de caráter multiprofissional e interdisciplinar;</p> <p>h) realizar cadastro familiar e estabelecer o perfil de saúde de grupos familiares.</p> <p>As atividades de administração e planejamento incluem habilidades para:</p> <p>a) chefiar ou apoiar à chefia da unidade em questão de gerência;</p> <p>b) realizar programação quantificada das atividades da unidade e criação de parâmetros para medir o atingimento de metas propostas;</p> <p>c) montar e operar sistema de informação para acompanhamento da prestação de atividades finais e de produtividade, visando à avaliação da unidade quanto a eficácia, a eficiência e a efetividade;</p> <p>d) orientar a organização e o funcionamento de arquivo médico da unidade;</p> <p>e) montar, orientar e avaliar sistema de referência e contra-referência dentro e fora da unidade, visando promover a complementaridade da atenção médica sanitária;</p> <p>f) atuar intersetorialmente, acionando secretarias municipais, entidades, instituições e outras organizações, sempre que se fizer necessário.</p> <p>As atividades na área do ensino e pesquisa incluem habilidades para:</p> <p>a) promover estudos de incidência e prevalência de morbi-mortalidade e de indicadores de saúde na população sob sua responsabilidade;</p> <p>b) participar da realização de investigações operacionais como estudos de demanda e estudos de setores específicos da unidade, visando à melhoria no funcionamento e a adequação às necessidades de saúde da população a que serve;</p> <p>c) desenvolver e implementar novas tecnologias na assistência e atenção no âmbito da medicina geral, de família e da comunidade, baseadas no paradigma biopsicossocial;</p> <p>d) participar da implementação, controle e avaliação do programa de imunização da unidade, de</p>
Unidade de cuidados secundários e terciários	Hospitais gerais ou especializados _ 10%	

comunidades	Domicílios, escolas, locais de trabalho e lazer _ 10%	acordo com a norma vigente na Instituição e de acordo com o Programa Nacional de Imunizações; e) participar das atividades de vigilância epidemiológica na área de referência da unidade, acionando o sistema de vigilância epidemiológica sempre que necessário; desenvolver e participar da orientação e implementação de atividades de treinamento de pessoal de vários níveis e de educação continuada para a equipe de saúde; f) promover o auto-aprendizado e a atualização de conhecimentos na área da medicina geral, familiar e comunitária
-------------	---	--

Fonte: www.mec.gov.br/ensinosup/hospital-universitario/residencia/legislacao

QUADRO 5 _ Silvestre, J.A.; Costa Neto, M.M. Abordagem do Idoso em Programas de Saúde da Família

<p>Promoção da saúde do idoso</p> <p>Capacidade de identificar os fatores determinantes da qualidade de vida da pessoa idosa, em seu contexto familiar e social, bem como compreender o sentido da responsabilização compartilhada como base para o desenvolvimento das ações que contribuem para o alcance de uma vida saudável</p>	<p>a) compreender o significado da promoção à saúde da pessoa idosa e sua relação com os fatores determinantes da qualidade de vida (sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais e individuais);</p> <p>b) compreender a influência da família, da comunidade, das instituições e dos valores culturais e sociais no processo permanente de manutenção funcional e da autonomia do idoso;</p> <p>c) estimular a iniciativa, a organização e a participação da comunidade em atividades inter-relacionadas em prol da qualidade de vida das pessoas idosas;</p> <p>d) compreender o envelhecimento como um processo essencialmente benigno, não patológico, sem perder de vista, entretanto, que o estresse de agravos físicos, emocionais e sociais, com o aumento da idade, representa uma efetiva e progressiva ameaça para o equilíbrio dinâmico do indivíduo, ou seja, sua saúde;</p> <p>e) compreender as diferenças entre o que se pode considerar como envelhecimento normal, com suas limitações fisiológicas gradativas, e as características patológicas que podem instalar-se durante esse processo;</p> <p>f) identificar possíveis fatores de risco à saúde do idoso, assim como os sintomas claros ou não específicos de qualquer alteração física ou mental;</p> <p>g) identificar ações de promoção à saúde da pessoa idosa, desenvolvidas pelos setores governamentais e não governamentais, na área de abrangência das unidades básicas de saúde (UBS);</p> <p>h) estabelecer parcerias, visando ao desenvolvimento do trabalho intersetorial (escolas, clubes, igrejas, associações e outros);</p> <p>i) gerar, reproduzir e disseminar informações relativas ao desenvolvimento integral da pessoa idosa para que a população seja informada e possa participar ativamente do processo de forma integral e abrangente;</p> <p>j) desenvolver ações que visem à melhoria das práticas sanitárias no domicílio, bem como a vigilância à saúde do idoso;</p> <p>k) entender a atenção básica à saúde do idoso enquanto processo eminentemente educativo, uma vez que se baseia no estímulo e apoio para que eles se mantenham, o máximo possível, no controle de sua saúde e de sua vida;</p> <p>l) estimular a organização de grupos de idosos para discussão e troca de experiências relativas à sua saúde e como melhorar a qualidade de vida, mantendo-se participante ativo em sua comunidade;</p> <p>m) construir coletivamente um saber direcionado às práticas de educação em saúde do idoso que integre a participação popular no serviço de saúde e ao mesmo tempo aprofunde a intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade;</p> <p>n) realizar o diagnóstico das condições de vida e de saúde da família e da comunidade na qual a pessoa idosa está inserida mediante as informações do cadastro das famílias;</p> <p>o) estimar e caracterizar a população de idosos da área de abrangência da equipe de saúde, na perspectiva de enfoque de risco;</p> <p>p) identificar as doenças prevalentes da população idosa na área de abrangência do trabalho da equipe, bem como seus determinantes;</p> <p>q) acompanhar e avaliar permanentemente o impacto das ações sobre a realidade inicialmente diagnosticada das condições de vida e de saúde da pessoa idosa, na perspectiva de se atingir a situação desejada, pela identificação e desenvolvimento de indicadores de avaliação de processo e de resultado em relação às ações desenvolvidas;</p> <p>r) identificar métodos e técnicas de ensino-aprendizagem mais adequados à capacitação de pessoas da comunidade que lidam com práticas de cuidado às pessoas idosas.</p>
<p>Prevenção e monitoramento de doenças prevalentes</p> <p>Capacidade para desenvolver ações de caráter individual e coletiva,</p>	<p>a) Conhecer as condições de vida e de saúde da pessoa idosa em seu contexto familiar na área adstrita à unidade de saúde (aspectos demográficos, perfil de morbi-mortalidade – mortalidade por causa específica, maltrato e abandono – renda e pobreza, trabalho);</p> <p>b) Desenvolvimento de ações de caráter coletivo voltadas à prevenção individual e coletiva com base nos fatores de risco universais à saúde da população idosa;</p> <p>c) Associar aos fatores de risco universais a outros que podem adquirir pesos variáveis de</p>

visando à prevenção específica e o monitoramento das doenças prevalentes na população idosa	acordo com a realidade da área de abrangência da equipe de saúde; d) Orientar as pessoas idosas, seus familiares, seus cuidadores e a comunidade acerca de medidas que reduzam ou previnam os riscos à saúde da pessoa idosa; e) Identificar as condições do meio ambiente físico, social e domiciliar que constituem risco para a saúde da pessoa idosa.
<p>Identificação de agravos e recuperação da saúde</p> <p>Capacidade para desenvolver ações de caráter individual e coletiva, visando à prevenção específica, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos principais problemas da pessoa idosa.</p>	<p>Ensinar ao idoso, aos familiares e/ou ao cuidador a administração de medicamentos em casa, a utilização de tratamento sintomático e a detecção de sinais e/ou sintomas que requeiram retorno imediato à unidade de saúde; Aconselhar ao idoso, aos familiares e/ou ao cuidador a alimentação apropriada à pessoa idosa doente e sobre quando retornar à unidade de saúde; Identificar grupos específicos e traçar estratégias para a redução de danos no idoso com deficiência física ou mental, com desnutrição e vítima de violência intrafamiliar.</p> <p>Realizar consulta médica para avaliação dos fatores de risco, confirmação diagnóstica e identificação de processos terapêuticos específicos referentes aos transtornos físicos e mentais prevalentes na população idosa; Avaliar a pessoa idosa, classificando-a segundo o risco, em relação aos problemas típicos de sua idade – imobilidade, instabilidade postural, incontinência, insuficiência cerebral e iatrogenia, bem como empregar terapêuticas específicas; Realizar consulta médica com vistas a identificar possíveis causas orgânicas ou causas psicossociais com os idosos que apresentam problemas de relacionamento; Explicar à pessoa idosa, aos familiares e/ou aos cuidadores os aspectos referentes ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso específicos de cada agravo; Usar tratamento não medicamentoso e medicamentoso de acordo com a necessidade; Acompanhar o idoso doente, na unidade ou no domicílio, até a sua cura; Realizar atendimentos de primeiros cuidados nos casos de urgência geriátrica; Encaminhar o idoso refratário aos tratamentos convencionais ou com doenças não compatíveis com a complexidade da UBS para unidades especializadas de referência; Acompanhar a evolução de pessoas idosas que foram encaminhadas a outros serviços até sua total recuperação e/ou reabilitação.</p>

Fonte:
Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, jun 2003.

QUADRO 6 _ Joint Committee on Higher Medical Education. Higher Medical Training Curriculum for Geriatric Medicine

Objetivos primários de aprendizagem

1- Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AVALIAÇÃO
Executar AGA	<p><i>Conhecimento</i> Fatores que influem na saúde dos idosos Medidas usadas na avaliação do estado de saúde e resultado Conceito de fragilidade</p> <p><i>Habilidades</i> Avaliação funcional incluindo: AVD, AVDI, suporte social, cognitiva, mobilidade incluindo marcha, equilíbrio, e avaliação nutricional. Interpretação dos resultados no contexto do planejamento em saúde, avaliação de qualidade de vida, uso apropriado de recursos disponíveis de saúde e sociais</p>	<p>Observação e discussão com supervisor e equipe multiprofissional Treinamento em serviço com supervisão Observar os demais profissionais no processo de avaliação Estudo individual Cursos de pós-graduação</p>	<p>História e exame físico completos Estabelecer diagnósticos prioritários e lista de necessidades de saúde e sociais Habilidade no trabalho em equipe Produzir um planejamento de cuidado baseado nas necessidades de avaliação e reabilitação Habilidade em explicar o plano de tratamento e cuidado ao paciente e cuidador</p>

2- Diagnóstico de Doenças Agudas

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AValiação
Capacitar para o diagnóstico de doenças agudas	<p><i>Conhecimento</i></p> <p>Maiores síndromes geriátricas e doenças Gerontologia básica e medicina geriátrica aguda Farmacologia</p> <p><i>Habilidades</i></p> <p>Colher história com idoso e cuidador Habilidade diagnóstica Exame físico Avaliação cognitiva Apropriada investigação e interpretação dos resultados Procedimentos práticos Comunicação</p>	<p>Observação e discussão com supervisor Treinamento em serviço com supervisão</p> <p>Estudo individual Cursos de pós-graduação</p>	<p>Habilidade em formular história e exame físico Habilidade em executar investigação apropriada Habilidade em fornecer informações apropriadas Habilidade em escrever de forma legível uma anotação Habilidade em dar um informe conciso</p>

3- Manejo de Doenças Agudas

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AValiação
Capacitar para o manejo de doenças agudas	<p><i>Conhecimento</i></p> <p>Maiores síndromes geriátricas e doenças Gerontologia básica e medicina geriátrica aguda Farmacologia Ética</p> <p><i>Habilidades</i></p> <p>Trabalho em equipe e reabilitação Intervenções medicamentosas e não medicamentosas Procedimentos práticos Comunicação</p>	<p>Observação e discussão com supervisor Treinamento em serviço com supervisão</p> <p>Estudo individual Cursos de pós-graduação</p>	<p>Habilidade em formular e executar apropriado planejamento de abordagem Habilidade em fornecer informações apropriadas ao paciente Habilidade em redigir uma clara e concisa anotação de planejamento Habilidade em dar um informe conciso para outros profissionais</p>

4-Diagnóstico e Manejo de Doenças Crônicas e Incapacidades

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AValiação
Capacitar para o diagnóstico e manejo de doenças crônicas e incapacidades em vários cenários de atenção	<p><i>Conhecimento</i></p> <p>Maiores síndromes geriátricas e doenças Gerontologia básica Farmacologia Ética Reabilitação Promoção de Saúde</p> <p><i>Habilidades</i></p> <p>História e exame clínico Investigação e interpretação de resultados Avaliação nutricional Avaliação de equilíbrio Avaliação de humor e cognição Trabalho em equipe habilidade de liderança Intervenções medicamentosas e não medicamentosas Promoção de saúde e prevenção de doenças Comunicação</p>	<p>Observação e discussão com supervisor e outros membros da equipe Participação em discussão de equipe com determinação de objetivos e comunicação com paciente</p> <p>Treinamento em cuidado básico</p> <p>Estudo individual Cursos de pós-graduação</p>	<p>Liderança Habilidade em formular e executar planejamento apropriado Habilidade em fornecer informações apropriadas sobre os objetivos ao paciente</p> <p>Habilidade em redigir uma clara e concisa anotação das reuniões de equipe</p>

5-Plano de Alta

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AVALIAÇÃO
Capacitar para o planejamento de alta hospitalar de idosos frágeis	<p><i>Conhecimento</i> Conhecer os recursos disponíveis no sistema Critérios para longa permanência</p> <p><i>Habilidades</i> Trabalho em equipe habilidade de liderança Comunicação</p>	<p>Observação e discussão com supervisor</p> <p>Participação em discussão de equipe com determinação de objetivos e comunicação com paciente</p> <p>Treinamento em cuidado básico</p> <p>Estudo individual</p> <p>Cursos de pós-graduação</p>	<p>Habilidade em formular e executar apropriado planejamento com os demais membros da equipe</p> <p>Habilidade em fornecer informações sobre os objetivos apropriadas ao paciente</p> <p>Habilidade em redigir uma clara e concisa anotação</p> <p>Envolver a família</p> <p>Comunicação com equipe de cuidados primários</p>

6-Cuidado de Longa Permanência

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AVALIAÇÃO
Capacitar para o manejo adequado de pacientes de longa permanência em asilos ou na comunidade	<p><i>Conhecimento</i> Maiores síndromes geriátricas e doenças Gerontologia básica Farmacologia Ética Questões médico-legais Conhecimento da legislação</p> <p><i>Habilidades</i> Cuidados paliativos Trabalho em equipe habilidade de liderança Intervenções medicamentosas e não medicamentosas Comunicação</p>	<p>Observação e discussão com supervisor e outros membros da equipe</p> <p>Participação em discussão de equipe com determinação de objetivos e comunicação com paciente</p> <p>Treinamento em cuidado básico</p> <p>Estudo individual</p> <p>Cursos de pós-graduação</p>	<p>Habilidade em : Avaliadas adequadamente, prover revisões sistemáticas, avaliar sintomas e planejar intervenções individualizadas, saber quando iniciar cuidados paliativos. Trabalhar com equipe Fornecer informações apropriadas ao paciente e sua família</p> <p>Habilidade em redigir uma clara e concisa anotação das reuniões de equipe</p>

7-Síndromes Geriátricas

QUEDAS

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AVALIAÇÃO
Prover ao treinando conhecimento e habilidades necessárias à avaliação e cuidado do idoso com queda, com ou sem fratura, em cenário hospitalar ou comunitário.	<p><i>Conhecimento</i> Gerontologia básica Causas e fatores de risco Drogas, causas neurovasculares e síncope como causas Intervenções preventivas</p> <p><i>Habilidades</i> Avaliação da marcha Instrumentos de diagnóstico Trabalho em equipe e habilidade de liderança Intervenções medicamentosas e não medicamentosas Comunicação/ Promoção de saúde</p>	<p>Observação e discussão com supervisor</p> <p>Treinamento em serviço incluindo aplicação de procedimentos especiais, encontros com a equipe multiprofissional</p> <p>Estudo individual</p> <p>Cursos de pós-graduação</p>	<p>Habilidade em : Executar história e exame físico Identificar as causas e os fatores de risco Formular apropriada investigação e planejamento de cuidado Executar o planejamento junto com a equipe Prover explicação satisfatória ao cliente Escrever um relatório claro e a comunicação com o "general practioner"</p>

DELIRIUM

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AVALIAÇÃO
----------	--------	----------------------------	-----------

Reconhecer, diagnosticar e manejar um quadro de delírium agudo e sub-agudo tanto em situação intra-hospitalar como comunitária.	<p><i>Conhecimento</i> Critérios diagnósticos Relação com demência Avaliação cognitiva Índices de severidade Fatores de risco e principais causas Prognóstico</p> <p><i>Habilidades</i> Reconhecer as principais características dos quadros agudos e sub-agudos Estar familiarizado com medidas de avaliação cognitivas nos quadros de delírium Saber manejar todos os aspectos do cuidado, incluindo conhecimento de doenças subjacentes e o estresse de acompanhante.</p>	<p>Observação e discussão com supervisor Treinamento em serviço</p> <p>Estudo individual</p> <p>Cursos de pós-graduação</p>	<p>Habilidade em : Executar história e exame físico Formulação de diagnóstico diferencial Formular apropriada investigação e planejamento de cuidado em 3 casos diferentes Uso satisfatório da avaliação cognitiva</p>
---	---	--	--

INCONTINÊNCIA

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AVALIAÇÃO
Dar ao treinando o conhecimento e habilidades para manejo da incontinência urinária e fecal e o acesso à fontes referências relevantes	<p><i>Conhecimento</i> Gerontologia básica Fatores de risco e causas Investigação possível Manejo, incluindo fisioterapia, drogas e cirurgia. Equipamentos Papel de enfermagem especializada</p> <p><i>Habilidades</i> História Exame físico Interpretação dos métodos de investigação Intervenção medicamentosa e não medicamentosa</p>	<p>Observação e discussão com supervisor</p> <p>Atendimento em clínica especializada</p> <p>Presença em sessões de urodinâmica</p> <p>Estudo individual</p> <p>Cursos de pós-graduação</p>	<p>Habilidade em : Executar história e exame físico Identificar apropriadamente causas e fatores de risco Formular um plano de investigação e manejo Executar o planejamento Discutir e explicar os objetivos ao paciente Frequentar sessões de continência Escrever resumo dos casos</p>

REDUÇÃO DA MOBILIDADE

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AVALIAÇÃO
Prover o conhecimento e habilidades necessárias para avaliar as causas e sua abordagem	<p><i>Conhecimento</i> Gerontologia básica Fatores de risco e causas Investigação possível Princípios de reabilitação Intervenções para melhorar a mobilidade</p> <p><i>Habilidades</i> História Exame físico Avaliação da marcha Habilidade de comunicação Intervenção medicamentosa e não medicamentosa</p>	<p>Observação e discussão com supervisor</p> <p>Treinamento em serviço especializado</p> <p>Avaliação supervisionada de pacientes externos</p> <p>Estudo individual</p> <p>Cursos de pós-graduação</p>	<p>Habilidade em : Executar história e exame físico Identificar causas e fatores de risco em diferentes indivíduos Formular apropriado plano de investigação e manejo Executar o plano de ação com equipe multidisciplinar Discutir e explicar os objetivos ao paciente Discutir e explicar os objetivos ao acompanhante</p>

Experiência Estruturada em Sub-Especialidades

CUIDADOS PALIATIVOS

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AVALIAÇÃO
Prover o conhecimento e habilidades necessárias e as atitudes apropriadas para fornecer cuidado paliativo.	<p><i>Conhecimento</i> Perfil dos sintomas de pacientes terminais Fisiopatologia da dor e intervenções especializadas Abordagem das emergências em cuidado paliativo Hidratação e nutrição</p> <p><i>Habilidades</i> Avaliação dos problemas e necessidades Desenvolver apropriado planejamento incluindo a antecipação de problemas futuros Avaliação de prognóstico de qualidade de vida dos pacientes e cuidadores Compreensão dos desejos dos pacientes Boa comunicação</p>	Observação e discussão com supervisor e enfermeiro chefe Treinamento em serviço e retorno ao supervisor Estágio de 6 a 8 semanas em um serviço especializado Atendimento domiciliar Estudo individual Cursos de pós-graduação	Habilidade em : Avaliação apurada dos sintomas Manejo dos sintomas com drogas ou intervenções não medicamentosas Habilidade em dar má notícia dentro dos desejos do paciente Aconselhamento para o paciente e familiares Permitir que a morte ocorra com dignidade e conforto

ORTOPEDIA

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AVALIAÇÃO
Prover o conhecimento e habilidades necessárias para a avaliação de pacientes agudos em ortopedia e sua reabilitação	<p><i>Conhecimento</i> Gerontologia básica Síndromes e doenças geriátricas Causas e abordagem da osteoporose e quedas Diferentes modelos de cuidado ortopédico</p> <p><i>Habilidades</i> História Exame físico Trabalho em equipe e liderança Habilidade de comunicação Intervenção medicamentosa e não medicamentosa Planejamento de alta</p>	Observação e discussão com supervisor Treinamento em serviço cirúrgico ortopédico e de reabilitação com retorno ao supervisor Estudo individual Cursos de pós-graduação	Habilidade em: Avaliação médica e problemas funcionais dos pacientes com fratura Formular planejamento de cuidado Formular objetivos de reabilitação realísticos Planejar prevenção de futuras quedas e fraturas Liderar a equipe Discutir e explicar os objetivos ao paciente Escrever resumo dos casos após discussão da equipe

PSIQUIATRIA

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AVALIAÇÃO
Prover o conhecimento e habilidades necessárias para a avaliação e cuidado de pacientes com condições psiquiátricas comuns e quando encaminhar para o especialista	<p><i>Conhecimento</i> Principais condições: depressão, delírium, ansiedade, paranóia. Farmacologia Questões médico-legais</p> <p><i>Habilidades</i> Avaliação cognitiva e do humor Trabalho em equipe e liderança Habilidade de comunicação Intervenção medicamentosa e não medicamentosa Referência apropriada para especialista</p>	Observação e discussão com supervisor Treinamento em serviço incluindo experiência com pacientes externos, atendimento domiciliar, hospital-dia, pacientes internados sob a supervisão de um especialista. Estudo individual Cursos de pós-graduação	Habilidade em : Identificar e iniciar tratamento de depressão, delírium. Formular planejamento de cuidado Identificar demência e as questões que envolvem a moderna terapêutica Solicitar parecer ao especialista Lidar com as questões legais

DOENÇA CEREBRO-VASCULAR (DCV)

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AVALIAÇÃO
Prover o conhecimento e habilidades necessárias para a avaliação e cuidado de pacientes com doença cerebrovascular aguda e crônica, incapacidades relacionadas, no hospital e comunidade.	<p><i>Conhecimento</i></p> <p>Epidemiologia Medidas de prevenção primária e secundária Abordagem do quadro agudo Complicações Diferentes modelos de reabilitação Efeito nos cuidadores Questões éticas e legais envolvidas com pacientes com grande incapacidade</p> <p><i>Habilidades</i></p> <p>Avaliação do paciente com evento agudo e incapacidade relacionada ao quadro crônico Manejo da espasticidade Problemas de alimentação Organização da reabilitação e liderança da equipe</p>	<p>Treinamento em serviço de cuidado agudo, unidade de reabilitação e investigação neurovascular.</p> <p>Avaliação de pacientes com suspeita de Ataque Isquêmico Transitório</p> <p>Estudo individual</p> <p>Visita a um Centro de Cuidado para DCV</p> <p>Trabalho multidisciplinar</p> <p>Experiência com reabilitação em comunidade</p>	<p>Habilidade em : Avaliação do paciente que se apresenta com quadro agudo e planejamento de cuidado</p> <p>Avaliação da incapacidade e delimitação de estratégia para reabilitação e prevenção secundária</p> <p>Liderança na equipe de reabilitação</p>

PESQUISA

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AVALIAÇÃO
Conhecer os princípios da pesquisa e ter experiência com esta atividade	<p><i>Conhecimento</i></p> <p>Princípios da pesquisa clínica e em serviço Conhecimento básico em seleção de objeto e desenho de estudo Métodos de avaliação de literatura médica Métodos básicos em estatística Endereços de pesquisa na internet Princípios éticos</p> <p><i>Habilidades</i></p> <p>Procurar por literatura relevante usando internet Produzir um protocolo de pesquisa com conteúdo necessário para o rigor científico Participação em um estudo ou coleta e interpretação de dados Uso de métodos básicos de análise estatística Preparar um trabalho para submissão à comissão de ética</p>	<p>Observação e discussão com o supervisor de pesquisa</p> <p>Participação diária na atividade de pesquisa</p> <p>Período com tempo integral para pesquisa</p> <p>Participação em cursos formais de estatística</p> <p>Participação nos encontros de pesquisa</p> <p>Preparação de resumos para apresentação em congressos</p>	<p>Deve ser alcançado: Pesquisa de literatura de pelo menos 3 tópicos Submissão ao comitê de ética Apresentação de 2 trabalhos em congresso Apresentação de um artigo em revista</p>

QUADRO 7_ SBGG: Proposta de Programa de Residência Médica em Geriatria e Gerontologia

Atitudes	Respeito pelos idosos e pelo seu direito a independência e a autonomia Otimismo em relação ao envelhecimento e a velhice
Habilidades	Prescrever adequadamente para os idosos Fazer os ajustes necessários para a anamnese e o exame físico do paciente idoso Fazer avaliação funcional e exame mental do idoso Reconhecer, avaliar e tratar adequadamente as síndromes geriátricas. Manusear pacientes portadores de múltiplas afecções levando em conta o risco e o benefício do tratamento proposto Orientar um programa de reabilitação física e cognitiva Orientar os pacientes para um envelhecimento saudável
Conhecimento	Reconhecer a influência das condições sociais, psicológicas e culturais sobre o estado de saúde do idoso Conhecer os principais tópicos sobre o idoso na Legislação Brasileira Reconhecer a utilidade da tecnologia médica nas circunstâncias apropriadas, mas também, estar ciente dos limites da intervenção médica e da sua obrigação de cuidar daquele cronicamente doente ou em fase terminal Reconhecer a enorme variedade entre os idosos, no que concerne as condições de saúde, estado funcional, aspectos culturais, valores e preferências Reconhecer a importância da equipe multiprofissional no cuidado do idoso e a necessidade do respeito pelos outros profissionais Reconhecer a importância de manter, restaurar o estado funcional e a qualidade de vida do idoso, principalmente daquele portador de doença crônica e incurável Reconhecer os aspectos fisiológicos do processo do envelhecimento Compreender as alterações na epidemiologia e na apresentação das doenças comuns na velhice Reconhecer as alterações na farmacocinética e farmacodinâmica das drogas que ocorrem em decorrência do envelhecimento
Temas teóricos para discussão	Epidemiologia Legislação e as PNI/PNSI Aspectos culturais e antropológicos do envelhecimento Evolução histórica dos conhecimentos sobre envelhecimento e história da geriatria e Gerontologia Teorias do envelhecimento Biologia e fisiologia do envelhecimento Semiologia do idoso Avaliação funcional e exame mental e psíquico Envelhecimento do sistema nervoso: Depressão, Estado confusional agudo, Demências, Distúrbios do sono, Acidente vascular cerebral, Síndromes extrapiramidais, Convulsões, Neuropatias periféricas. Envelhecimento do sistema cardiovascular: Aterosclerose e fatores de risco para as doenças cardiovasculares, Hipertensão arterial, Insuficiência cardíaca, Doença coronariana, Arritmias, doença vascular periférica, trombose venosa e tromboembolismo pulmonar Envelhecimento do sistema respiratório: Pneumonias, DPOC, tuberculose. Envelhecimento de sistema digestivo: principais doenças nos idosos, doença do refluxo gastroesofágico, hemorragia digestiva, diarreia, obstipação, doenças do pâncreas, fígado e vias biliares. Envelhecimento genito-urinário: Distúrbios hidro-eletrolíticos e ácido-básicos insuficiência renal, infecção urinária, incontinência urinária, doenças da próstata, alterações da potência sexual, doenças ginecológicas, menopausa e reposição hormonal. Sexualidade Envelhecimento do sistema endócrino: Diabetes, doenças da tireóide, dislipidemias, obesidade e desnutrição. Envelhecimento do sistema hematopoiético: anemias, leucemias e linfomas. Envelhecimento do sistema imune: mieloma múltiplo e gamopatias, SIDA, infecções no idoso. Câncer Osteoporose e osteomalácia, Doença de Paget, artrite reumatóide, artropatias por deposição de cristais,

<p>polimialgia reumática e arterite temporal.</p> <p>A pele e suas principais afecções</p> <p>Principais problemas otorrinológicos e oftalmológicos</p> <p>Síncope e vertigens</p> <p>Quedas, Trauma ortopédico, Imobilidade, Úlceras de pressão</p> <p>Anestesia e avaliação pré-operatória, Cirurgia no idoso</p> <p>Farmacocinética e farmacodinâmica das drogas</p> <p>Iatrogenia, Maus-tratos</p> <p>Tratamento da dor crônica</p> <p>Atividade física e envelhecimento</p> <p>Medicina preventiva: nutrição, saúde bucal, exercícios, imunização, quimioprofilaxia e “screening” de doenças.</p> <p>Emergências</p> <p>Assistência multidisciplinar</p> <p>Assistência ao idoso em instituições asilares, Assistência domiciliar</p> <p>Princípios da reabilitação</p> <p>Assistência em UTI</p> <p>Cuidados ao doente terminal</p> <p>Problemas éticos e legais em medicina geriátrica</p>

QUADRO 8: Resoluções da CNRM para Geriatria e Gerontologia

	RESOLUÇÃO / 83	RESOLUÇÃO 04/ 2003
	Geriatría e Gerontologia	Geriatría
Pré-requisito	1 ano, podendo ser estendido para 2 anos em clínica médica	2 anos em clínica médica
Unidade de internação	40%	Hospital e asilo, 40%
Ambulatório	20%	
Ambulatório e Assistência Domiciliar		30%
Pronto-socorro	15%	
Urgência e emergência		UTI e pronto atendimento 10%
Estágios obrigatórios	Medicina física e reabilitação, programa na área de Medicina Preventiva e Social, com interesse na especialidade e Terapia Ocupacional	Medicina Física e Reabilitação, psiquiatria e neurologia.
Estágios optativos	Serviço Social especializado, serviço de nutrição, serviço de recreação especializada.	Cardiologia, reumatologia, endocrinologia ou outros à critério da instituição
Atividades teórico-práticas	10 a 20 %	10 a 20 % devendo constar temas como bioética, ética médica, metodologia científica, epidemiologia e bioestatística.
Recomendações		Desenvolva atividade em equipe multidisciplinar correlata com assistência ao idoso

Fonte : www.mec.gov.br/ensinosup/hospital-universitario/residencia/legislacao

QUADRO 9: Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso

A) Atividades Comuns

ATIVIDADES PRÁTICAS
<ul style="list-style-type: none">• Acolhimento (porta-de-entrada do NAI);• Atendimento individual e em grupo nos ambulatórios NAI e CIPI (Cuidado Integral à Pessoa Idosa);• Atendimento a idosos das enfermarias 17 e 18, com aplicação de questionário de avaliação funcional, cognitiva e fatores de risco, e participação no serviço de Consultoria Hospitalar;• Ambulatório pós-alta• Coordenação de grupos e aplicação da avaliação multidimensional no Projeto Promoção da Saúde;• Atendimentos a idosos e familiares no Projeto de Assistência em Neurogeriatria;• Treinamento em visita domiciliar e acompanhamento domiciliar a pacientes terminais no Centro de Suporte Terapêutico Oncológico, segundo convênio UnATI-INCA;• Treinamento em atendimento ao idoso asilado junto ao IMGGMP e no Projeto de Atenção ao Idoso Internado desenvolvido em Instituições Filantrópicas que participam do Programa de Voluntariado da UnATI.• Ambulatório de Urogeriatria• Participação no ambulatório de reumatologia do HUPE.• Estágio junto ao atendimento de psiquiatria no NAI
ATIVIDADES TEÓRICAS
<p>Curso de Introdução à Saúde do Idoso;</p> <p>Treinamento em Avaliação Funcional, atividade teórico-prática, desenvolvida na primeira semana de treinamento;</p> <p>Reunião geral de equipe para supervisão das atividades assistenciais do Programa de Atenção Integral;</p> <p>Seminário mensal sobre temas em Gerontologia;</p> <p>Discussão dos atendimentos nas enfermarias;</p> <p>Supervisão teórica por categoria profissional, com o coordenador de cada área;</p> <p>Supervisão do projeto de Promoção da Saúde;</p> <p>Reunião para discussão dos casos atendidos em cada turno do ambulatório NAI.</p> <p>Discussão dos casos acompanhados em asilamento</p>

B) Atividades Específicas

ATIVIDADES TEÓRICAS
<p>Discussão de casos com o preceptor da área;</p> <p>Discussão de temas relevantes para cada área profissional com o preceptor desta;</p> <p>Orientação do trabalho de final de curso.</p>
ATIVIDADES PRÁTICAS
<p>Atendimento individual ao idoso ou sua família.</p>

Anexo 3: Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso – Conhecimentos e habilidades a avaliação por área de treinamento

Avaliação Multidisciplinar (AGA)

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AValiação
Executar AGA	<p><i>Conhecimento</i></p> <p>Fatores que influem na saúde dos idosos Medidas usadas na avaliação do estado de saúde e resultado Conceito de fragilidade</p> <p><i>Habilidades</i></p> <p>Avaliação funcional incluindo: AVD, AVDI, suporte social, cognitiva, mobilidade incluindo marcha, equilíbrio, e avaliação nutricional. Interpretação dos resultados no contexto do planejamento em saúde, avaliação de qualidade de vida, uso apropriado de recursos disponíveis de saúde e sociais</p>	<p>Observação e discussão com supervisor e equipe multiprofissional Treinamento em serviço com supervisão Observar os demais profissionais no processo de avaliação</p>	<p>História e exame físico completos Estabelecer diagnósticos prioritários e lista de necessidades de saúde e sociais Habilidade no trabalho em equipe Produzir um planejamento de cuidado baseado nas necessidades de avaliação e reabilitação Habilidade em explicar o plano de tratamento e cuidado ao paciente e cuidador</p>

Atendimento Hospitalar

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AValiação
<p>Capacitar para o diagnóstico e manejo de doenças agudas</p> <p>Planejamento da alta</p> <p>Trabalho em equipe</p> <p>Identificar recursos apoio social necessários</p>	<p><i>Conhecimento</i></p> <p>Maiores síndromes geriátricas e doenças Gerontologia básica e medicina geriátrica aguda Farmacologia Ética Conhecer os recursos disponíveis no sistema Critérios para longa permanência</p> <p><i>Habilidades</i></p> <p>Colher história com idoso e cuidador Habilidade diagnóstica Exame físico Avaliação cognitiva Apropriada investigação e interpretação dos resultados Trabalho em equipe e reabilitação Intervenções medicamentosas e não medicamentosas Procedimentos práticos Comunicação</p>	<p>Observação e discussão com supervisor Treinamento em serviço, com equipe</p>	<p>Habilidade em formular história e exame físico Habilidade em executar investigação apropriada Habilidade em fornecer informações apropriadas Habilidade em escrever de forma legível uma anotação Habilidade em dar um informe conciso Habilidade em formular e executar apropriado planejamento com os demais membros da equipe</p> <p>Habilidade em fornecer informações sobre os objetivos apropriadas ao paciente</p> <p>Habilidade em redigir uma clara e concisa anotação</p> <p>Envolver a família</p> <p>Comunicação com equipe de cuidados primários</p>

Diagnóstico e Manejo de Doenças Crônicas e Incapacidades

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AValiação
Capacitar para o diagnóstico e manejo de doenças crônicas e incapacidades em vários cenários de atenção	<p><i>Conhecimento</i></p> <p>Maiores síndromes geriátricas e doenças Gerontologia básica Farmacologia Ética Reabilitação Promoção de Saúde</p> <p><i>Habilidades</i></p> <p>História e exame clínico Investigação e interpretação de resultados Avaliação nutricional Avaliação de equilíbrio Avaliação de humor e cognição Trabalho em equipe habilidade de liderança Intervenções medicamentosas e não medicamentosas Promoção de saúde e prevenção de doenças Comunicação</p>	<p>Observação e discussão com supervisor e outros membros da equipe Participação em discussão de equipe com determinação de objetivos e comunicação com paciente</p>	<p>Liderança Habilidade em formular e executar planejamento apropriado</p> <p>Habilidade em fornecer informações apropriadas sobre os objetivos ao paciente</p> <p>Habilidade em redigir uma clara e concisa anotação das reuniões de equipe</p>

Cuidado de Longa Permanência – Atendimento Asilar

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AValiação
Capacitar para o manejo adequado de pacientes de longa permanência em asilos ou na comunidade	<p><i>Conhecimento</i></p> <p>Maiores síndromes geriátricas e doenças Fatores de risco Farmacologia Ética Questões médico-legais Conhecimento da legislação: normas éticas e técnicas de funcionamento Desinstitucionalização</p> <p><i>Habilidades</i></p> <p>Cuidados paliativos Trabalho em equipe habilidade de liderança Intervenções medicamentosas e não medicamentosas Comunicação</p>	<p>Observação e discussão com supervisor e outros membros da equipe Participação em discussão de equipe com determinação de objetivos e comunicação com paciente</p> <p>Treinamento em cuidado básico</p>	<p>Prover revisões sistemáticas, avaliar sintomas e planejar intervenções individualizadas, saber quando iniciar cuidados paliativos.</p> <p>Trabalhar com equipe</p> <p>Fornecer informações apropriadas ao paciente e sua família</p> <p>Habilidade em redigir uma clara e concisa anotação das reuniões de equipe</p>

NEUROGERIATRIA

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AValiação
Prover o conhecimento e habilidades necessárias para a avaliação e manejo de pacientes com doenças neurodegenerativas e suas famílias	<p><i>Conhecimento</i> Gerontologia básica Síndromes e doenças geriátricas Causas e abordagem das principais deç neurológicas : demências, AVC, Parkinson Conhecer recursos sociais Estabelecer plano de cuidado</p> <p><i>Habilidades</i> História Exame físico Avaliação cognitiva e funcional Trabalho em equipe Habilidade de comunicação Intervenção medicamentosa e não medicamentosa Orientação familiar</p>	<p>Observação e discussão com supervisor</p> <p>Treinamento em ambulatório especializado com retorno ao supervisor</p>	<p>Habilidade em: Avaliação médica e de problemas funcionais dos pacientes Formular planejamento de cuidado Discutir e explicar os objetivos para a família e cuidador Escrever resumo dos casos após discussão da equipe</p>

PSIQUIATRIA

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AValiação
Prover o conhecimento e habilidades necessárias para a avaliação e cuidado de pacientes com condições psiquiátricas comuns e quando encaminhar para o especialista	<p><i>Conhecimento</i> Principais condições: depressão, delírium, ansiedade, transtornos psicóticos Farmacologia Questões médico-legais</p> <p><i>Habilidades</i> Avaliação cognitiva e do humor</p> <p>Intervenção medicamentosa e não medicamentosa Referência apropriada para especialista</p>	<p>Observação e discussão com supervisor</p> <p>Treinamento em serviço incluindo experiência com pacientes externos, atendimento domiciliar, hospital-dia, pacientes internados sob a supervisão de um especialista.</p>	<p>Habilidade em : Identificar e iniciar tratamento de depressão, delírium.</p> <p>Formular planejamento de cuidado</p> <p>Identificar demência e as questões que envolvem a moderna terapêutica</p> <p>Solicitar parecer ao especialista</p> <p>Lidar com as questões legais</p>

INCONTINÊNCIA

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AValiação
Dar ao treinando o conhecimento e habilidades para manejo da incontinência urinária e o acesso à fontes referências relevantes	<p><i>Conhecimento</i> Gerontologia básica Fatores de risco e causas Investigação possível Manejo, incluindo fisioterapia, drogas e cirurgia. Equipamentos Papel de enfermagem especializada</p> <p><i>Habilidades</i> História Exame físico Interpretação dos métodos de investigação Intervenção medicamentosa e não medicamentosa</p>	<p>Observação e discussão com supervisor</p> <p>Atendimento em clínica especializada</p> <p>Presença em sessões de urodinâmica</p>	<p>Habilidade em : Executar história e exame físico Identificar apropriadamente causas e fatores de risco Formular um plano de investigação e manejo Executar o planejamento Discutir e explicar os objetivos ao paciente Frequentar sessões de continência Escrever resumo dos casos</p>

PESQUISA

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AValiação
Conhecer os princípios da pesquisa e ter experiência com esta atividade	<p><i>Conhecimento</i> Princípios da pesquisa clínica e em serviço Conhecimento básico em seleção de objeto e desenho de estudo Métodos de avaliação de literatura médica Métodos básicos em estatística Endereços de pesquisa na internet Princípios éticos</p> <p><i>Habilidades</i> Procurar por literatura relevante usando internet Produzir um protocolo de pesquisa com conteúdo necessário para o rigor científico Participação em um estudo ou coleta e interpretação de dados Uso de métodos básicos de análise estatística Preparar um trabalho para submissão à comissão de ética</p>	<p>Observação e discussão com o supervisor de pesquisa Participação nos encontros de pesquisa Preparação de resumos para apresentação em congressos</p>	<p>Deve ser alcançado: Pesquisa de literatura de pelo menos 3 tópicos Apresentação do projeto de pesquisa ao Conselho de Coordenadores de Residência</p> <p>Apresentação de 2 trabalhos em congresso</p>

PROMOÇÃO DE SAÚDE E EDUCAÇÃO

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AVALIAÇÃO
<p>Promoção saúde</p> <p>Prevenção em geriatria</p> <p>Educação em saúde</p>	<p>Conhecimento Prevenção primária Prevenção secundária Prevenção terciária Promoção em todas os níveis de cuidado</p> <p>Habilidades Coordenar grupo de promoção de saúde junto à idosos da comunidade Identificar promoção e prevenção como eixos em todas os níveis de atenção</p>	<p>Participação em grupos de Educação com idosos</p> <p>Aplicação de questionário de qualidade de vida</p>	<p>Redação de relatório final</p>

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AVALIAÇÃO
<p>Capacitar para o diagnóstico e acompanhamento de usuários com alto grau de dependência vivendo na comunidade.</p>	<p>Conhecimentos Maiores síndromes geriátricas e doenças Gerontologia básica Farmacologia Ética Reabilitação Promoção de Saúde Recursos sociais</p> <p>Habilidades História e exame clínico Investigação e interpretação de resultados Avaliação nutricional Avaliação de equilíbrio Avaliação de humor e cognição Trabalho em equipe habilidade de liderança Intervenções medicamentosas e não medicamentosas Promoção de saúde e prevenção de doenças Comunicação Identificação de recursos sociais Treinamento e suporte do cuidador familiar</p>	<p>Observação e discussão com supervisor e outros membros da equipe</p> <p>Participação em discussão de equipe com determinação de objetivos e comunicação com paciente</p> <p>Treinamento e suporte ao cuidador junto com a equipe</p>	<p>Liderança Habilidade em formular e executar planejamento apropriado</p> <p>Habilidade em fornecer informações apropriadas sobre os objetivos ao paciente e sua família</p> <p>Habilidade em redigir uma clara e concisa anotação das reuniões de equipe</p>

CUIDADOS PALIATIVOS

OBJETIVO	TÓPICO	MÉTODO ENSINO-APRENDIZAGEM	AVALIAÇÃO
Prover o conhecimento e habilidades necessárias e as atitudes apropriadas para fornecer cuidado paliativo.	<i>Conhecimento</i> Perfil dos sintomas de pacientes terminais Fisiopatologia da dor e intervenções especializadas Abordagem das emergências em cuidado paliativo Hidratação e nutrição <i>Habilidades</i> Avaliação dos problemas e necessidades Desenvolver apropriado planejamento incluindo a antecipação de problemas futuros Avaliação de prognóstico de qualidade de vida dos pacientes e cuidadores Compreensão dos desejos dos pacientes Boa comunicação	Observação e discussão com supervisor e enfermeiro chefe Treinamento em serviço e retorno ao supervisor Estágio de 4 semanas em um serviço especializado Atendimento domiciliar	Habilidade em : Avaliação apurada dos sintomas Manejo dos sintomas com drogas ou intervenções não medicamentosas Habilidade em dar má notícia dentro dos desejos do paciente Aconselhamento para o paciente e familiares Permitir que a morte ocorra com dignidade e conforto

ANEXO 4: Programa Teórico do Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso _ por área específica de conhecimento

➤ Nutrição

Terapia Nutricional Enteral e Parenteral
Doenças do Trato Gastro-Intestinal;
Diabetes Mellitus;
Hipertensão Arterial;
Insuficiência Cardíaca Congestiva;
Dislipidemias;
Acidente Vascular Cerebral;
Doenças Pulmonares (DPOC);
Cirrose Hepática;
Câncer;
Obesidade;
Desnutrição;
Avaliação Nutricional.

Referências sugeridas:

Mahan, L.K. Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. 9ª ed. São Paulo: Roca, 1998.

➤ Fonoaudiologia

- 1- Aspectos Biológicos do Envelhecimento
 - Processo do Envelhecimento, Alterações Morfológicas e Funcionais
 - Órgãos dos Sentidos
 - Aparelho Respiratório
 - Aparelho Digestivo
- 2- Aspectos Psicossociais do Envelhecimento
 - Aspectos Psicológicos do Envelhecimento
 - Aspectos Sociais da Velhice
 - Aspectos Fonoaudiológicos do Envelhecimento
- 3- Envelhecimento vocal – Presbifonia
 - Capacidade Vital
 - Qualidade Vocal
 - Tempo máximo de Fonação
 - Comparação dos Parâmetros Vocais
 - Atuação Fonoaudiológica nas manifestações Vocais do Idoso
- 4- Distúrbios da Audição – Presbiacusia
 - Envelhecimento do Sistema Auditivo
 - Principais implicações da Deficiência Auditiva no Idoso
 - Questionários de Avaliações Auditivas
- 5- Distúrbios da Deglutição em Idosos - Disfagia
 - Anatomia da Cavidade Oral
 - Anatomia da Faringe
 - Incidência – Prevalência
 - Mudanças Fisiológicas
 - Diagnóstico Diferencial, Avaliação e Tratamento
- 6- Estrutura Neuroanatômica da Fala e da Linguagem
 - Modelos de Linguagem
 - Classificação da Afasia
 - Instrumentos para o Rastreamento das Demências

Referências sugeridas:

FORLENZA, O.V.; CARAMELLI, P. Neuropsiquiatria Geriátrica. São Paulo: Atheneu,
WAGNER,E.C.A.; MEDINA, M.C.G. Como cuidar de pessoas prejudicadas mentalmente- Guia para familiares e outros cuidadores.
MURDOCH, B.E. , Desenvolvimento da fala e Distúrbios da linguagem – Uma Abordagem Neuroanatômica e Neurofisiológica. Rio de Janeiro: Revinter, 1997
HERNANDEZ, A.M.; MARCHESAN, I. Atuação Fonoaudiológica no Ambiente Hospitalar. Rio de Janeiro: Revinter, 2001
FAWCUS, M. Disfonias – Diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter, 2001
RUSSO, I.P. Intervenção Fonoaudiológica na Terceira Idade. Rio de Janeiro: Revinter, 1999
FREITAS, E. V. e cols. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan,2002
COSTA,M.M.B, D.; CANEVARO, L.V., M. & Azevedo, A . C. P., D.. - Análise Dosimétrica do Método Videofluoscópico Aplicado ao Estudo da Dinâmica

➤ Serviço Social

I – Velhice e sociedade

Questão social e envelhecimento

Velhice e contemporaneidade

II – Aspectos Sociais do Envelhecimento

Família e relações intergeracionais

Maus tratos ao idoso

Trabalho e aposentadoria

Programas de preparação para a aposentadoria

Lazer, Sociabilidade e ocupação do tempo livre

A questão da saúde: implicações sociais da dependência do idoso, isolamento social, envelhecimento ativo.

III - Políticas Sociais

Política Social do Idoso

Política Nacional de Saúde do Idoso

Avaliação de políticas públicas: rede de serviços sociais, a questão do asilamento.

Participação política do idoso.

IV – Atuação do Serviço Social

Pressupostos teóricos

Estratégias no trabalho institucional

Abordagem individual: entrevista, avaliação social, acompanhamento individual, abordagem à família

Abordagem grupal

Articulação interinstitucional e movimentos sociais

Educação gerontológica e promoção do envelhecimento saudável

Pesquisa social

V – Atenção ao idoso fragilizado

Demência e repercussões para o cuidado

Programas de suporte ao cuidador

Finitude e cuidados paliativos

Pesquisa social no campo do envelhecimento

Referências sugeridas:

ASSIS, Mônica de. O Serviço Social na triagem interdisciplinar do Núcleo de Atenção ao Idoso. *Superando Desafios*. Rio de Janeiro: Serviço Social do HUPE / UERJ, 1997.

_____. *A avaliação social na atenção integral à saúde do idoso*. Anais do IX Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Goiânia, 20 a 24 de julho/1998

_____. Aspectos sociais do envelhecimento. In: CALDAS, C.P. *Saúde do Idoso. A arte de cuidar*. Rio de Janeiro, EdUERJ, 1998.

ALVAREZ, Julia Tavares de. Derechos de los Ancianos y Fortalecimiento de su poder. In: PÉREZ, Elias Anzola et al (editores). *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington: Organización Panamericana de Salud, 1994.

- ANDALUCIA, JUNTA. Las Relaciones Sociales en el Anciano. *Guia de Atencion a la Salud del Anciano*. Andaluca: 1992. p.242-255
- AYÉNDEZ, Melba Sánchez. El Apoyo Social Informal. In: PÉREZ, Elias Anzola et al (editores) *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington: Organización Panamericana de Salud. 1994.
- BIRMAN, J. O futuro de todos nós. Temporalidade, memória e Terceira Idade. *Estudos em Saúde Coletiva*. Nº 86. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, maio 1994. BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. *Plano de Ação Integrada para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso*. Brasília: 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SNPES. *Normas para o funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e Outras Instituições destinadas ao atendimento de idosos*. Brasília: 1989.
- COPPIN P., Antonia K. Educación Gerontológica Informal. In: PÉREZ, Elias Anzola et al (editores). *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington: Organización Panamericana de Salud, 1994.
- Coury, H.J.C.G. Satisfação no trabalho e satisfação na vida: Neri, A.L. (org.) *Qualidade de Vida e Idade Madura*. Campinas: Papyrus, 1994. p137-156
- DEBERT, Guita Grin. As representações (estereótipos) do papel do idoso na sociedade atual. *Anais do I Seminário Internacional "Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século"*. Brasília: 1997.
- DEPS, Vera Lúcia. Atividade e bem-estar psicológico na maturidade. In: NERI, A. L. (org.) *Qualidade de Vida e Idade Madura*. Campinas: Papyrus, 1994 p.57-81
- Diário Oficial, 05/01/94: *Lei da Política Nacional do Idoso*.
- DONATO, A.F. e CANÔAS, C.S. Idoso e Cidadania: A Lógica da Exclusão. In: NETO, M.P. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1997. p.452-457
- FELIU, Teresa. *Relaciones Intergeneracionales: el Cuidado Informal*. RTS. 55-66
- FERRARI, M.A.C. Lazer e Ocupação do Tempo Livre na Terceira Idade. In: *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1997
- FIGUEIREDO, Sumaya Cristina Silva. Abuso de Pessoas Idosas na Família: um Ensaio. *Gerontologia*. São Paulo, 6(3):145-152, set/1998.
- GOLDSTEIN, L.L. e NERI, A. L. Tudo bem, graças a Deus. Religiosidade e Satisfação na Maturidade e na Velhice. In: NERI, A L. (org.) *Qualidade de Vida e Idade Madura*. Campinas: Papyrus, 1994.
- GONZÁLES,M.T., GARCIA, M.M. e MONTERO, M.A .A . Valoración Social. In: LLERA, F.G. e MARTÍN, J.P.M. *Síndromes y Cuidados en el Paciente Geriátrico*. Masson, 1994.
- GORDILHO, A. et al. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro, UERJ, 2000. 92 p.
- LAZAETA, Carmem Barros. Aspectos Sociales del Envejecimiento. In: PÉREZ, Elias Anzola et al (editores.). *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington: 1994.
- LEME, L.E.G. e SILVA, P.S.C.P. O Idoso e a Família. In: NETO, M.P. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1997. p.92-97
- LOPES, Ruth.G. Costa. As relações afetivas: família, amigos e comunidade. A terceira idade. São Paulo, ano X, nº17, ago, 1999.
- MENEZES, Arianna Kassiadou. *Institucionalização de Longa Permanência para o Idoso: questão das Políticas Públicas do presente e do futuro*. Rio de Janeiro: Boletim da SBBG/RJ. Ano 4, nº 12,
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. A violência contra o idoso sob a perspectiva da Saúde Pública. In: *Jornada da SBBG/RJ 1993 e 1994*. Rio de Janeiro: SBBG/RJ, 1994.
- NERI, Anita Liberalesso. Qualidade de Vida no Adulto Maduro: Interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, A L. (org.) *Qualidade de Vida e Idade Madura*. Campinas: Papyrus, 1994.
- NETTO, Antônio Jordão. *As Instituições para Idosos e a Sociedade*. São Paulo: SBBG, 1986. 25p
- OMS. Princípios das Nações Unidas para os Idosos. *Educar para os direitos dos Idosos*. Coletânea de textos. Curitiba: 1994.
- SPOSATI, A . Organização e Mobilização Política da Terceira Idade. *A Terceira Idade*. São Paulo, ano X, nº 17, ago, 1999.
- WOLF, Rosalie S. Maltrato del Anciano. In: PÉREZ, Elias Anzola et al (editores) *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington: Organización Panamericana de Salud. 1994.
- PILOTO, A A . , NUNES, A .T.G.L., ASSIS, M. e RABELLO, S. O asilo na cidade do Rio de Janeiro. *Gerontologia*, São Paulo, 1998.

➤ **Geriatrics**

Envelhecimento biológico

Screening e prevenção

Imobilidade

Dor lombar
Dor crônica
Equilíbrio
Estado Confusional Agudo
Demências e envelhecimento cognitivo
Alterações psiquiátricas: depressão e ansiedade
Distúrbios da marcha
Doença de Parkinson
Alterações do movimento não parkinsoniano
Neuropatia periférica
Doença cerebrovascular
Tonteira e vertigem
Cefaléia
Epilepsia
Incontinência urinária
Distúrbios do sono
Disfagia
Fragilidade
Podologia
Farmacocinética e farmacodinâmica
Distúrbio hidroeletrólítico
Constipação
Diarréia
Quedas
Fratura de quadril
Úlceras pressão
Imobilidade
Infecção no idoso
Princípios da reabilitação
Pneumonia e BK
DPOC
Câncer de pulmão
Doença renal
Saúde na mulher idosa / doença da mama
Doença de próstata
Infecção do trato urinário
Doenças do esôfago
Doenças do estômago e duodeno
Doenças hepatobiliares e pancreáticas
Doenças colônicas
Anemias/mielodisplasia
Distúrbios das células brancas
Linfoma / doença de Hodgkin / mieloma
Doenças tromboembólicas e hemorrágicas
Abordagem perioperatória / anestesia
Cirurgia no idoso
Doenças da tireóide
Diabetes mellitus
Dislipoproteinemia
Homeostase do cálcio e osso / mudanças com o envelhecimento
Osteoporose e osteomalácia
Hiperparatireoidismo / doença de Paget
Doença coronariana
Doença valvar
Insuficiência cardíaca
Arritmias
HAS
Doença vascular periférica

Referências sugeridas:

- Hazzard – Principles of Geriatric Medicine and Gerontology
- Merk Manual of Geriatrics
- Master en Gerontologia Social Aplicada
- Llera _ Síndromes y Cuidados en el Paciente Geriátrico

- Opas _ Los Desafios de los Anos 90
- The Dementias-Diagnosis, Management and Research. Ed. Weiner,M.F., second edition, American Psychiatric Press,Inc, Washington,USA,1999
- Blue Books of Pratical Neurology (19) – The Dementias. Ed. Growdon, J.H. first edition, Butterrorth-Heinemann, Reed publishing Inc, Washington,USA,1998
- Penn Neurology 2000 – Management of Common Neurologic Problems, ed Stern,M.B., Alpha Medica Press, NY, 2000
- Neurologic Clinics _ Dementia , volume 18, número 4, novembro 2000
- American Academy of Neurology, 2004
- Tratado de Geriatria e Gerontologia – ed. Freitas,E.V. e cols. Guanabara Koogan, RJ , 2002

➤ **Fisioterapia**

- A avaliação fisioterápica do paciente idoso
- Síndromes geriátricas, com foco na abordagem de:
 - △ imobilidade
 - △ incontinência urinária
 - △ quedas - alterações do equilíbrio ; alteração da cinemática e cinética e das fases da marcha.
- Postura do idoso
- Idoso parkinsoniano e sua abordagem fisioterápica
- Osteoporose e fraturas
- Osteoartrose e espondilose
- Fisioterapia nas algias agudas – etiologia, avaliação específica, espectros de tratamentos cinesioterápicos
- As alterações no ombro do idoso
- Demência e sua abordagem fisioterápica
- Úlceras de pressão
 - Acidente vascular encefálico
- A dor - abordagem fisioterápica - recursos eletroterápicos e cinesioterápicos
- Cuidados paliativos
- O idoso e seu auto-cuidado
- Sexualidade
- Trabalho de promoção da saúde
- Cinesioterapia em grupo – suas indicações, suas limitações

Referências sugeridas:

- LOW ,J –Eletroterapia Explicada .Ed Manole .3 ed . São Paulo 2002
- GUCCIONE, A .Fisioterapia Geriátrica . Ed. Guanabara Koogan . Rio de Janeiro.2002
- PICKLES,ª Fisioterapia na Terceira Idade. Ed. Santos. São Paulo
- YOSHINARI,I . Reumatologia para o Clínico. Ed Roca- São Paulo. 1ªedi 2000.
- LE TECHNIQUES – Revista Francesa de Cinesioterapia – Tomos 1 a ed.
- HAZZARD,WR-BIERMAN ET COLS . Principles of Geriatric Medicine and Gerontology.McGraw-Hill.EUA.1994
- KAUFFMAN ET ANDREW . Fmanual de Reabilitação Geriátrica .Ed.Guanabara Koogan.1ª ed.Rio de Janeiro. 2001.
- PAPALÉO M, CARVALHO ET AL. Geriatria-Fundamentos, Clínica e Terapêutica. Ed Atheneu .3ª ed. 2001.
- REBELATTO, José Geraldo da Silva. Fisioterapia Geriátrica. São Paulo; Manole, 2004.

➤ **Enfermagem**

- A avaliação do idoso
- Escalas de avaliação
- Prevenção e envelhecimento
- Síndromes geriátricas :
 - Demência
 - Depressão
 - Isolamento
 - Incontinência
 - Desequilíbrio
 - Quedas
 - Constipação
 - Imobilidade
- O processo de enfermagem em geriatria
- Relação de ajuda na velhice
- Ética
- Modelos de cuidados de enfermagem

- Gestão / Administração / Qualidade dos cuidados em enfermagem
- Terapias alternativas
- Neurogeriatria
- Adaptação do ambiente - barreiras arquitetônicas
- Cuidados paliativos
- Alternativas para o enfrentamento de dor
- Preparação de pessoal de apoio para o cuidado do idoso - funções atribuições e limites dos cuidadores
- Pesquisa em enfermagem geronto-geriátrica

Bibliografia sugerida:

BARCLAY, L. Clinical Geriatric Neurology. Ed. Lea e Febiger. Pennsylvania U.S.A. 1993.

BERGER, L., MAILLOUX-POIRIER, D. Pessoas Idosas, uma Abordagem Global - Processo de Enfermagem por Necessidades. Lusodidacta. Lisboa, Portugal, 1995.

BEAUVOIR, S. A Velhice. Ed. Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1990.

BRASIL - MIN. PREV. ASSIST. SOCIAL. Plano Integrado de ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso. Ministério da Previdência e Assistência Social - Secretaria de Assistência Social, Brasília, 1997.

_____ - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional De Saúde Do Idoso . DOU de 13 de dezembro, nº 237-E, seção 1, páginas 20 a 24

CALDAS, C. P. A abordagem do Enfermeiro na Assistência ao Cliente portador de Demência.

Rev. Enferm. UERJ. Rio de Janeiro- V.3- No.2. out. 1995.

CALDAS, C. P. A Saúde do Idoso - A Arte de Cuidar. Ed. EDUERJ, Rio de Janeiro, 1998.

CARROL, M. Enfermagem para Idosos. São Paulo: Organização Andrei, 1991.

CASSEL, C. ET ALL. Geriatric Medicine. 2nd. ed. Springer-Verlag. New York. U.S.A. 1990.

DUARTE, M.J.R.S. Internação Institucional do Idoso: Assistência à Saúde em Geriatria no Setor Público. Rio de Janeiro. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública, 1991.

ELIOPOULOS, C. Gerontological nursing. 2a. ed. J.B. Lippincott Company. Philadelphia, E.U.A. 1987.

GONÇALVES, L.H.T., STEVENSON, J.S., ALVAREZ, A.M. O cuidado e a Especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. Texto e Contexto - enfermagem UFSC. Vol 6, No. 2, mai/ago 1997.

HAZZARD, W. R. ET ALL. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 3rd. ed. Mcgraw-Hill . U.S.A. 1994.

LLERA, F. G. , MARÍN, J.P.M. síndromes y cuidados en el paciente geriátrico Masson. Barcelona, Espanha. 1994.

LUECKENOTE, A. G. Pocket Guide to Gerontologic Assessment . St. Louis, Missouri. EUA; The C.V. Mosby Company. 1990.

NETTO, M.P. GERONTOLOGIA. Atheneu. São Paulo, 1997.

STAAB, A. e LYLES, M. Manual of Geriatric Nursing. Glenview, Illinois: Scott, Foresman and Company, 1990.

VERAS, R. P. País Jovem com Cabelos Brancos. A Saúde do Idoso no Brasil. Ed. Relume Dumará. Rio de Janeiro, 1994.

Psicologia

- Gerontologia, Geriatria e Psicologia do Envelhecimento – Histórico
- Envelhecimento – Aspectos Biológicos, Psicológicos, Socioculturais e Políticos, O Idoso no Brasil.
- Psicologia e Envelhecimento – Personalidade, Cognição, Afeto, Emoção, Sexualidade,
- Sociabilidade, Perdas, Luto, Morte.
- Diagnóstico, Saúde e Doença no Idoso.
- Psicologia Institucional , Inter e Multidisciplinaridade
- Possíveis Formas de Intervenção: Práticas Institucionais, Práticas Operativas e Práticas Terapêuticas
- Psicologia Clínica, Psicoterapia e Psicanálise – Atendimento Individual, Grupal, Familiar e Interconsulta.

Bibliografia sugerida:

ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.) Psicologia Hospitalar: teoria e prática. São Paulo: Pioneira, 1995

AUGRAS, M. O Ser da Compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico. Petrópolis: Vozes, 3ª edição, 1986.

BERG, J. H. van den O Paciente Psiquiátrico: esboço de psicopatologia fenomenológica. São Paulo: Mestre Jou, 1981.

BEAUVOIR, S. A Velhice: Realidade Incômoda. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.

CALDAS C. P. (org.) A Saúde do Idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998

- CAVANELLAS, L. B. A Gestalt Terapia no Envio da Modernidade – Teoria e Técnica na Confrontação da Dor. Dissertação de Mestrado. UERJ, Depto. De Filosofia, 1998.
- CAMPOS, T. C. P. Psicologia Hospitalar: A atuação do psicólogo no hospital. São Paulo: E. P.U., 1995.
- CORREA, A. C. O. Depressão e Suicídio no Idoso: uma crucial questão em psicogeriatrics. *Jornal Brasileiro de Psicanálise*. março/1996.
- COSTA, N. R. e TUNDIS, S. A (org.) Cidadania e Loucura: políticas de saúde pública no Brasil. Petrópolis: Vozes em co-edição com a ABRASCO, 1992.
- DEBERT, G. G. A Reinvenção da Velhice. São Paulo: EdUSP, 1999.
- DOURADO, M. C. N. Há menos de mim hoje do que havia ontem: demência e subjetividade. Dissertação de Mestrado, PUC/RJ, Depto. De Psicologia, 2000.
- ERIKSON, E. H. Infância e Sociedade. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- _____ ; ERIKSON, J. M.; KIVNICH, H. Q.. Vital involvement in old age. New York: Norton, 1986.
- FRAYSE-PEREIRA, J. A. A Questão da Alteridade. In: *Psicologia USP: Alteridade*, 5, No. 1 –2, 1994.
- FIORINE H. J. Teoria e Técnica de Psicoterapias. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.
- GILLIÈRON, E. As Psicoterapias Breves. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.
- GONÇALVES, A. C. R. Um Estudo sobre os Estados Depressivos e a Terceira Idade. Dissertação monográfica da residência em Psicologia no HUPE/UERJ, 1996.
- GROISMAN, D. Velhice e História: perspectivas teóricas. In *Cadernos IPUB: Envelhecimento e Saúde Mental: uma aproximação multidisciplinar*. 10 (2ª ed.) Instituto de Psiquiatria, UFRJ, 1999. [43 – 56]
- LEIBING, A. Antropologia de Uma Doença Orgânica: Doença de Alzheimer e fatores culturais. In *Cadernos IPUB: Envelhecimento e Saúde Mental: uma aproximação multidisciplinar*. 10 (2ª ed.), Instituto de Psiquiatria, UFRJ, 1999. [57 – 73]
- MESSY, J. A Pessoa Idosa Não Existe: uma abordagem psicanalítica da velhice. São Paulo: Aleph, 1993.
- NERI, A. L. 9(org.) Qualidade de Vida e Idade Madura. Campinas: Papirus, 1994
- _____ Psicologia do Envelhecimento. São Paulo, Papirus, 1995.
- NOVAES, M. H. Conquistas Possíveis e Rupturas Necessárias: psicologia da terceira idade. Paulo de Frontin: Grypho, 1995.
- PACHECO, J. H. Velhice e Dignidade: construção coletiva do entendimento de dignidade por um grupo de trabalhadores do Núcleo de Atenção ao Idoso do HUPE. Dissertação de mestrado, UERJ, 1994.
- SILVA-FILHO, J. F. O Diagnóstico, a Hospitalização e as Desigualdades no Brasil. In: *Cadernos IPUB: Por Uma Assistência Psiquiátrica em Transformação*. 3, Instituto de Psiquiatria, UFRJ, 1996. [5 – 8].
- SILVEIRA, T. M. Os Avós na Família Contemporânea. In: *Revista de Gestalt*, 9, Depto. de Gestalt Terapia, Instituto Sedes Sapientiae, 2000. [37 – 44].
- _____. O Sistema Familiar e os Cuidados com Pacientes Idosos Portadores de Distúrbios Cognitivos. In: *Textos sobre Envelhecimento*. Rio de Janeiro, UnATI/UERJ, ano: 3, no. 4, 2000. [13-28].
- VERAS, R. P. (org.) Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão Rio de Janeiro: Relume Dumará: UnATI/UERJ, 1995.do futuro.
- _____ Terceira Idade: desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UnATI/UERJ, 1997
- _____ Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UnATI/UERJ, 1999.
- WOODS, R. T. (ed.) Handbook of the clinical psychology of ageing. John Wiley & Sons, 1996.

ANEXO 5: Curso de Introdução à Saúde do Idoso

EMENTA: O CURSO SE DESTINA A INTRODUIZIR CONCEITOS BÁSICOS DE GERONTOLOGIA FUNDAMENTAIS PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE LIDAR COM AS ESPECIFICIDADES DO ENVELHECIMENTO E INTRODUIZIR OS ALUNOS NAS BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DA EQUIPE NAI.

Semana de treinamento e adaptação

objetivo	Tópico	Método ensino-aprendizagem	Avaliação
Apresentar o serviço	Conhecimento Fatores que influem na saúde dos idosos Medidas usadas na avaliação do estado de saúde Conceito de fragilidade Conceito de Síndrome Geriátrica Habilidades Avaliação funcional: AVD, AVDI, suporte social, cognitiva, mobilidade incluindo marcha, equilíbrio, e avaliação nutricional Interpretação dos resultados no contexto do planejamento em saúde. Uso apropriado de recursos disponíveis de saúde e sociais. Comunicação com o paciente e demais membros da equipe Avaliação de qualidade de vida Trabalhar em equipe interdisciplinar Plano terapêutico	Aulas teóricas expositivas.	Produzir um planejamento terapêutico baseado nas necessidades de avaliação e reabilitação em equipe
Apresentar o Programa de treinamento		Discussão de textos sobre instrumentos.	
Executar AGA		Uso de simulação para aplicação das escalas com discussão posterior	
Executar Planejamento Terapêutico		Treinamento teórico-prático na aplicação dos instrumentos	
Conhecer trabalho em equipe interdisciplinar			

	Dia	Dia	Dia	Dia	Dia
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
manhã	Apresentação da equipe e dos alunos Apresentação UnATI Apresentação do programa de treinamento Conhecer as expectativas dos alunos	Conceito: fragilidade / Síndromes geriátricas / Avaliação funcional	Apresentação dos instrumentos Discussão dos textos de embasamento teórico	Simulação de aplicação das escalas com posterior discussão dos objetivos e dificuldades	Avaliação Funcional na porta de entrada Consulta social Consulta enfermagem Consulta médica Atuação das demais áreas
Tarde	Discussão de conceitos : Geriatria e Gerontologia Trabalho em equipe interdisciplinar	Apresentação dos instrumentos Discussão dos textos de embasamento teórico	A equipe e a interdisciplinaridade Comunicação	Treinamento individual na aplicação das escalas com supervisão	Leitura de casos para identificação dos problemas e planejamento terapêutico Discussão dos casos

CRONOGRAMA DO CURSO

	DATA	TEMA	
MÓDULO 1 - CONCEITOS BÁSICOS			
1		ENVELHECIMENTO POPULACIONAL- O DESAFIO NO NOVO SÉCULO	
2		TEORIAS DO ENVELHECIMENTO	
3		PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	
4		QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO SAÚDE	
5		FRAGILIDADE / FAILURE TO THRIVE	
6		BIOÉTICA E DIREITOS DO PACIENTE	
MÓDULO 2 - SÍNDROMES GERIÁTRICAS			
7		ENVELHECIMENTO COGNITIVO	
8		DEMÊNCIA	
9		IMOBILIDADE	
10		QUEDAS	
11		INCONTINÊNCIA URINÁRIA	
12		DEPRESSÃO	
13		IATROGENIA	
MÓDULO 3 – ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS SOCIAIS			
14		REPERCUSSÕES SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO E POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO	
15		SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO	
16		VIOÊNCIA CONTRA IDOSOS	
MÓDULO 4 - PSICOLOGIA DO IDOSO? ASPECTOS SOCIAIS E CLÍNICOS			
17		PSICOGERONTOLOGIA	
18		PSICOLOGIA E PSICANÁLISE	
19		SEXUALIDADE	
20		FINITUDE	
MÓDULO 5 - PREVENÇÃO E PROMOÇÃO			
21		PROMOÇÃO/PREVENÇÃO/ENVELHECIMENTO PERSPECTIVAS E DESAFIOS	
22		NUTRIÇÃO	
23		SAÚDE ORAL	
24		EXERCÍCIO E ENVELHECIMENTO	
25		PLANEJAMENTO AMBIENTAL	
MÓDULO 6 - REABILITAÇÃO			
26		BASES CONCEITUAIS DA REABILITAÇÃO	
27		FISIOTERAPIA	
28		TO	
29		FONOAUDIOLOGIA	
30		ENFERMAGEM	
31		ERGONOMIA DO CORPO	
MÓDULO 7 - CUIDADOS PALIATIVOS			
32		CUIDADOS PALIATIVOS	
33		IDOSO HOSPITALIZADO	
34		ASILAMENTO	
35		SERVIÇOS SOCIAIS COMUNITÁRIOS- Cuidados progressivos	

ANEXO 6 – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

NAI - UnATI - COORDENAÇÃO DE TREINAMENTO TREINAMENTO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DO IDOSO R1 / R2 / TP / Bolsista / Graduação				
Ano:				
Nome:				
Área:				
Preceptor:				
Itens	1ª avaliação (mar-mai)	2ª avaliação (jun-ago)	3ª avaliação (set-nov)	4ª avaliação (dez-fev)
1- Conhecimento adquirido				
1.1 - Gerontologia				
1.2 - Conteúdo específico				
2- Desempenho				
2.1 - Assiduidade				
2.2 - Pontualidade				
2.3 - Compromisso				
2.4 - Iniciativa / criatividade				
2.5 - Relacionamento c/equipe				
2.6 - Relacionamento c/ usuários				
2.7 - Faltas não justificadas				
3 - Trabalhos apresentados				
Nota do preceptor				
Nota da Coordenação				
Média global do trimestre				
4 - Supervisão				
4.1 - Acompanhamento cotidiano das atividades				
4.2 - Periodicidade				
4.3 - Relacionamento c/ preceptor				
4.4 - Atividades teóricas				
4.5 - Atuação nos projetos				

Avaliação

Curso “Introdução à Saúde do Idoso”

Ex - Excelente	B - Bom	Re – Regular	De - Deficiente	No - Não Observado			
			Ex	B	Re	De	No
Conteúdo Programático/Material de Apoio							
Instrutores (Atualidade Técnica/Relacionamento/Dinâmica)							
Carga Horária/Pontualidade							
Infra Estrutura(Acomodação/Recursos)							
Organização Geral do Módulo							
Aspectos Negativos:							
Aspectos Positivos:							
Observação específica de algum módulo:							
Sugestões e Observações:							

Este instrumento tem por finalidade avaliar a qualidade de nosso curso, bem como oferecer subsídios para o planejamento de outros cursos.

ANEXO 7 – METODOLOGIA DO ESTUDO DE CASO

Estudo e Planejamento de Casos

- Objetivos:

- 1- Obter a informação necessária que lhe permita avaliar a situação global do idoso.
- 2- Familiarizar-se com a abordagem geral do idoso e seu entorno.

- Metodologia:

- 1- Leitura do caso como ponto de partida para a reflexão e o diagnóstico da situação (Diagnóstico global)
- 2- Reflexão sobre o caso: detectar seus pontos fortes e fracos, assim como os elementos contra e a favor na hora de estabelecer os pontos de atuação.
- 3- Determinação das necessidades do idoso e de sua família. Estas necessidades incluem os aspectos físicos (nutricionais, médicos, farmacológicos, reabilitação, etc), psíquicos (ex. depressão) e social (família, habitação, situação econômica, etc).
- 4- Apontar soluções para as necessidades encontradas. As soluções devem ser realistas.

_ Avaliação:

- 1- Considerando as vertentes física, psíquica, familiar e social, enumere segundo seu critério as necessidades do paciente que podem ser consideradas cobertas ou que não necessitam de tratamento.
- 2- Detalhe as necessidades que considera susceptíveis de tratamento, estabelecendo uma lista de prioridades.
- 3- Enumere as intervenções que a seu critério se deveria aplicar ao caso, indicando os prós e contras de cada uma delas.