

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITARIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ - REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

MARCILENE MARIA DE ALMEIDA FONSECA

**SAÚDE DO IDOSO: GUIA PRÁTICO PARA AVALIAÇÃO FUNCIONAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**VOLTA REDONDA
2012**

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITARIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ - REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA e EXTENSÃO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

**SAÚDE DO IDOSO: GUIA PRÁTICO PARA AVALIAÇÃO FUNCIONAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do UniFOA.

Aluno: Marcilene Maria de Almeida Fonseca

Orientadora: Maria de Fátima Alves de Oliveira

VOLTA REDONDA

2012

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Gabriela Leite Ferreira -- CRB 7/RJ - 5521

F676s Fonseca, Marcilene Maria de Almeida.
Saúde do idoso : guia prático para avaliação funcional na atenção primária / Marcilene Maria de Almeida Fonseca. – Volta Redonda: UniFOA, 2012.
82 p. : il. ; grafs. e tabs.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA. Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, 2012.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Alves de Oliveira.

1. Saúde do idoso. 2. Atenção primária à saúde. 3. Educação em saúde. I. Oliveira, Maria de Fátima Alves de. II. Título.

CDD: 614.4

FOLHA DE APROVAÇÃO

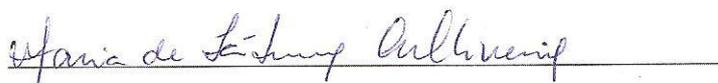
Aluna: Marcilene Maria de Almeida Fonseca

SAÚDE DO IDOSO: GUIA PRÁTICO PARA AVALIAÇÃO FUNCIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

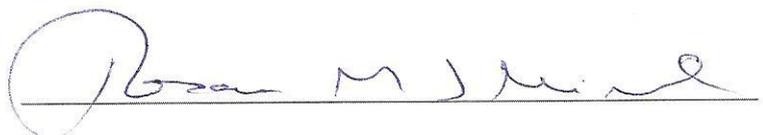
Orientadora:

Profa. Dra. Maria de Fátima Alves de Oliveira

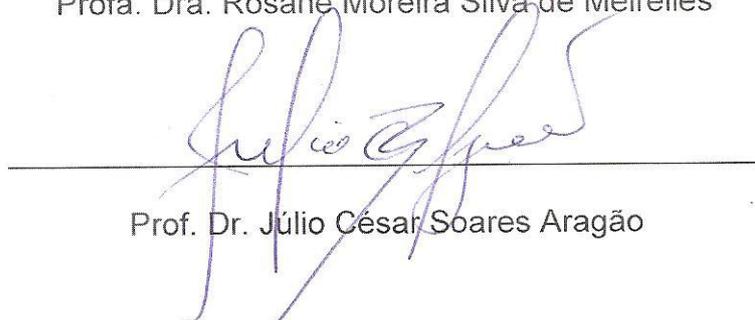
Banca Examinadora



Profa. Dra. Maria de Fátima Alves de Oliveira



Profa. Dra. Rosane Moreira Silva de Meirelles



Prof. Dr. Júlio César Soares Aragão

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos Luiz Henrique e Luiz Felipe;

Ao meu marido, companheiro, sempre mestre,
Walter Luiz,

Aos meus pais Benedito Dias Fonseca e Inácia
Dorvalina de Almeida Fonseca.

Aos idosos de ontem, hoje e amanhã.

AGRADECIMENTOS

À Deus, minha força e luz nesta jornada.

À minha família, Walter, Luiz Felipe, Luiz Henrique, Isabel, Susana e Marina, pelo apoio, carinho, contribuições e paciência.

Aos amigos Luisa e Robert Reinhardt pelas oportunidades de trocas e experiências.

Aos acadêmicos do Curso de Medicina do UniFOA, Maria Luisa Arantes Rodrigues, Daniel de Almeida Borges Escada e Antonio Guilherme do Paço Baylão, que participaram ativamente do processo de coleta de dados e resultados da pesquisa que norteia este trabalho.

Na arte do cuidar todo trabalho para ser bom tem que ser em equipe. Tenho medo de cometer injustiças nomeando alguns e esquecendo outros. Portanto, agradeço a todos das equipes de saúde, aos dedicados colegas professores da UniFOA, aos atenciosos funcionários da UniFOA , aos alunos que mantém viva a curiosidade.

À querida professora Fátima, pela dedicação, apoio e valiosa orientação.

RESUMO

O envelhecimento populacional no Brasil, em relação com os países desenvolvidos da Europa e os Estados Unidos, se deu de forma acelerada a partir da segunda metade do século XX, com dificuldade de reorganização dos serviços de saúde e com carência de profissionais qualificados no cuidado ao idoso. Este fato traz uma grande preocupação à saúde pública, devido ao conseqüente aumento da prevalência de doenças crônicas com limitações funcionais e incapacidades nos idosos. O objetivo desta pesquisa é construir um instrumento que ajude os profissionais da equipe de saúde no seu atendimento à pessoa idosa, e possa ser utilizado no contexto da educação permanente. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem quantitativa, desenvolvida em Unidades de Saúde da Família do município de Pinheiral-RJ, com profissionais de diferentes categorias funcionais. Foram aplicados questionários com perguntas abertas e fechadas sobre a formação e conhecimento da avaliação funcional geriátrica. Observamos que os profissionais sentem necessidade de maiores informações, atualizando seus conhecimentos sobre saúde do idoso e de um instrumento que os capacite para melhorar sua prática.

Palavras – chave: saúde do idoso; atenção primária à saúde; educação em saúde.

ABSTRACT

The aging population in Brazil, compared with the developed countries of Europe and the United States, took place at an accelerated rate since the second half of the twentieth century, with limited reorganization of health-care services and lack of qualified professionals in elderly care. This fact brings out a major concern for public health, because of the resulting increase in the prevalence of chronic diseases with functional limitations and disability in the elderly. The goal of this research is to build a tool to help professionals involved in health care for the elderly, and which can be used in the context of lifelong learning. This is a descriptive exploratory research with a quantitative approach, developed at the Family Health Units in the municipality of Pinheiral-RJ, with professionals from different functional categories. Questionnaires were used with open and closed questions about their training and knowledge of geriatric functional assessment. We observed that professionals feel they need more information, updating of their knowledge about aging health, and for an instrument that enables them to improve their practice.

Key words: Health of the Elderly; Primary Health Care; Health education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Composição da população brasileira por sexo e idade	13
Figura 2 Fenômeno do Iceberg	29
Figura 3 Profissionais que tiveram e não tiveram aula sobre propedêutica do idoso na graduação	51
Figura 4 Distribuição dos profissionais segundo a realização ou não da avaliação funcional.....	52
Figura 5 Testes para avaliação funcional do idoso conhecidos e aplicados pelos profissionais	54
Figura 6 Distribuição dos profissionais que conhecem ou não e utilizam ou não o Caderno de Atenção Básica n. 19.....	55
Figura 7 Opção de material de suporte para melhorar as habilidades na avaliação da pessoa idosa	56
Figura 8 Capa do Guia	59
Figura 9 Página do Guia	60
Figura 10 Página do Bloco	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Faixa etária dos sujeitos da pesquisa	49
Quadro 2 Tempo de formado dos sujeitos da pesquisa	50
Quadro 3 Situação atual dos conhecimentos e das necessidades dos profissionais entrevistados.....	52

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A Parecer do CoEPS	72
ANEXO B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	73
ANEXO C Questionário	74
ANEXO D Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa	76
ANEXO E Atividades de Vida Diária	78
ANEXO F Atividades Instrumentais de Vida Diária	79
ANEXO G Mini Exame do Estado Mental	80
ANEXO H Escala de Depressão Geriátrica	81
ANEXO I Testes Cognitivos Complementares	82

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDB – Indicadores e Dados Básicos do Brasil

SUS – Sistema Único de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

AVD – Atividades de vida diária

AIVD- Atividades instrumentais de vida diária

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

ESF – Estratégia Saúde da Família

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

PCN – Parâmetros Curriculares Nacionais

TIC – Tecnologias de informação e comunicação

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 Objetivos	19
2. ENVELHECIMENTO	20
2.1 Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa.....	24
2.2. Saúde da Pessoa Idosa: Base Legal para o desenvolvimento das Políticas Públicas.....	31
3. ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	34
4. EDUCAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE	37
5. RECURSOS DIDÁTICOS.....	42
6. CAMINHO METODOLÓGICO	46
6.1. Campo de coleta de dados.....	46
6.2. Sujeitos da Pesquisa	46
6.3. Instrumento de coleta de dados	46
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
7.1 Elaboração do Produto.....	57
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS.....	64
ANEXOS	72

1. INTRODUÇÃO

No século XX as ciências evoluíram mais que em toda a história da humanidade até então, fomentando uma importante mudança de conceitos, incluindo o de saúde, que já não é apenas ausência de doença. Em paralelo, este progresso foi fundamental para a diminuição da mortalidade por doenças e o aumento da expectativa de vida, fato que se observa globalmente na atualidade. Porém, esse processo, também no Brasil, se deu de maneira heterogênea decorrente de influências das condições sociais e econômicas, região geográfica de origem e de moradia, discriminação e exclusão associadas ao gênero e etnia (BRASIL, 2006b).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define “idoso” como o indivíduo que tem idade acima de 65 anos, para os países desenvolvidos, e 60 anos, para os países em desenvolvimento. O termo “terceira idade” tem sido usado para designar esses indivíduos, que não são mais incluídos na idade do trabalho, mas que não apresentam sinais de senilidade e decrepitude e que, como grupo de aposentados, tem peso na sociedade (CAMARANO e PASINATO, 2004).

Em abril de 2002 foi realizada pela Organização das Nações Unidas, na Espanha, a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, sendo publicado o Plano de Ação Mundial para o Envelhecimento. O secretário geral das Nações Unidas, Kofi Annan, no seu discurso de abertura, citou a importância da transformação demográfica por qual passa a humanidade contemporânea com o envelhecimento populacional, principalmente nos países em desenvolvimento. O número de idosos aumentará para quase dois bilhões em 2050 e pela primeira vez na história o número de pessoas com 60 ou mais anos ultrapassará o de jovens com menos de 15 anos. Esse processo no Brasil está ocorrendo de maneira rápida, com uma estimativa, a partir de estudos da OMS, de que em 2025 o país tenha a sexta população em idosos do mundo (BRASIL, 2010 p.12).

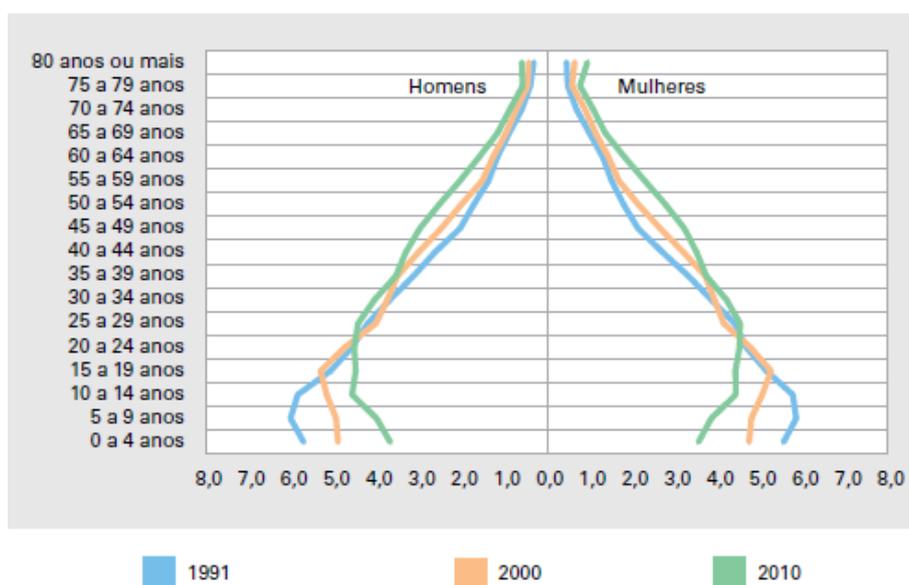
Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento ocorreu gradualmente a partir da revolução industrial, em um contexto socioeconômico mais favorável associado à criação e posterior expansão dos sistemas de seguridade social. Apesar desse contexto, observa-se na atualidade uma acentuação do

envelhecimento populacional principalmente na faixa etária muito idosa e a preocupação com os custos dos cuidados de longa duração para a pessoa idosa (PASINATO E KORNIS, 2009).

Nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, o fenômeno do envelhecimento populacional se deu de maneira acelerada a partir da segunda metade do século XX consequente ao processo migratório para as regiões urbanas, melhoria das condições sanitárias e do acesso aos serviços de saúde, incluindo aos métodos contraceptivos, e redução da mortalidade infantil (BRASIL, 1999; OPAS, 2005a; OPAS, 2012). O contínuo decréscimo da fecundidade e a redução da mortalidade com aumento da expectativa de vida levou à diminuição da proporção da faixa etária menor de 15 anos com o estreitamento da base da pirâmide populacional, e ao aumento da proporção da população adulta, principalmente de 65 anos ou mais, com o alargamento do ápice da pirâmide etária (figura 1).

A esse processo denominou-se transição demográfica. Essas alterações demográficas acompanharam-se de mudanças no perfil epidemiológico, com uma redução da incidência de doenças infectocontagiosas e o aumento das doenças e condições crônicas não transmissíveis (transição epidemiológica).

Figura1- Composição da população brasileira por sexo e grupos de idade.



Fonte: IBGE. Censo Demográfico 1991/ 2010.

Camarano, Kanso e Mello (2004) relataram que no Brasil o envelhecimento tem características próprias, com maior proporção de mulheres (55% da população com mais de 60 anos) nas áreas urbanas, predominando os homens nas áreas rurais, mas no geral há uma feminização do envelhecimento devido à mortalidade maior entre o gênero masculino. A população geral de idosos se concentra nas regiões sudeste e nordeste, com um incremento do grupo etário “mais idoso” (80 anos e mais) em relação ao grupo de 60 a 79 anos alcançado principalmente pelos avanços da ciência médica e da tecnologia. 7,5% da população idosa apresentam alguma deficiência mental, física, visual ou auditiva, aumentando a vulnerabilidade com o aumento da faixa etária.

Com o incremento das condições crônicas houve a necessidade de mudanças no gerenciamento da atenção à saúde e na prática clínica, envolvendo, além da assistência aos eventos agudos, o acompanhamento longitudinal à pessoa adoecida e sua família enfatizando seu comprometimento na mudança do estilo de vida e na adesão ao tratamento. O termo “condições crônicas” se refere a “todos os problemas de saúde que persistem no tempo e requerem algum grau de gerenciamento do sistema de saúde” (OMS, 2003a, p.30).

Em um contexto de desigualdade social e pobreza, como ocorre no Brasil, a preocupação com o financiamento dos cuidados de longo prazo à pessoa idosa se intensifica.

Assim, a saúde no seu conceito ampliado é vista como qualidade de vida, dependente não só das questões biológicas, mas também sociais, culturais, econômicas e ambientais. A Lei Orgânica da Saúde explicita:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a saúde, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

O conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência do que pela presença ou ausência de doença orgânica, uma vez que as doenças mais frequentes da idade adulta (hipertensão arterial, *diabetes mellitus*) são crônicas e, portanto, continuarão a existir na velhice. O aumento do número de doenças e/ou condições crônicas requer maior

oferta de serviços sociais e médicos e por mais tempo (FIRMO, BARRETO E LIMA-COSTA, 2003).

Este fato gera a necessidade de buscar a qualidade da atenção à pessoa idosa através de ações alicerçadas no paradigma da promoção da saúde para manutenção da capacidade funcional. A interação de fatores como saúde física, mental, capacidade funcional, suporte financeiro e social, se traduz num envelhecimento saudável com manutenção da máxima capacidade funcional pelo maior tempo possível.

A incapacidade na velhice, no campo da saúde pública, é de grande relevância, como afirma Giacomini (2008, p.1261).

A preocupação com a incapacidade como assunto de saúde pública justifica-se pelo envelhecimento populacional rápido e intenso, pelo baixo nível socioeconômico e educacional, e pela alta prevalência de doenças crônicas causadoras de limitações funcionais e de incapacidades entre os idosos brasileiros.

A população idosa, com 60 anos e mais, hoje representa 10,8% da população (IBGE, 2011), e estudos citam que idosos com incapacidade funcional também tem menor poder aquisitivo, apesar da população idosa em geral ter um incidência de pobreza seis vezes menor que entre os não idosos (CAMARANO e col. in PASINATO e KORNINS, 2009).

Esse processo de envelhecimento populacional de forma acelerada no Brasil, e outros países em desenvolvimento, com mudança do perfil demográfico e epidemiológico acompanhou-se da dificuldade de reorganização das áreas da saúde e social para suprir as novas demandas (BRASIL, 2006b, p.7).

A consequência desse problema é o elevado índice de morbi-mortalidade na terceira idade, relacionado a quedas e complicações evitáveis de doenças crônicas não transmissíveis, como o *diabetes mellitus*, a hipertensão arterial, doenças respiratórias. Dados de 2010 do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) mostram que a faixa etária de 60 anos e mais tem a maior porcentagem de internação entre os grupos etários (12,3%). Lembramos que dentre as doenças crônicas que acompanham o envelhecimento estão também as demências, que no Brasil tem uma prevalência estimada de 5,1% a 8,8% na faixa etária de 65 anos e mais. A mortalidade proporcional por idade devido demência aumentou de 1,8% por 100.000 em 1996, para 7 % em 2007. Esse quadro gera

incremento das incapacidades, perda da autoestima, comorbidades, hospitalizações, institucionalizações com aumento no custo dos sistemas de saúde.

A doença como a saúde são processos inerentes de todos os níveis de organização da vida. Os serviços de saúde são a porta de acolhimento da sociedade, na sua busca por cuidado. Eles, sob a batuta do gestor, devem ser responsabilizados pela integralidade da assistência visando esse cuidado.

Além da questão do insuficiente financiamento, a baixa resolutividade das práticas está presente na medida em que já não promovem intervenção nos novos problemas gerados pelo incremento da longevidade.

Essas mudanças ocasionadas pela transição demográfica e epidemiológica trazem importantes consequências para a educação na área da saúde. Entre outros fatores, os cursos de graduação da área ainda não promovem de forma transversal a divulgação do conceito ampliado de saúde na atenção aos idosos, com pouca ênfase na avaliação propedêutica própria para essa faixa etária, e a prática do trabalho em equipe multidisciplinar. Isto, entre outros fatores, dificulta aos recém-formados a identificação precoce de riscos de fragilização e de perda de autonomia e independência da pessoa idosa (MOTTA e AGUIAR, 2007). Observa-se a carência de profissionais qualificados no cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção em saúde (BRASIL, 2006a, p.4).

Moira Stewart, professora de medicina de família no Canadá, uma das principais pioneiras do conceito de medicina centrada na pessoa, defende que muito mais do que valorizar a doença do indivíduo é preciso valorizar a “experiência da doença”. É necessário ter empatia e compaixão pelo outro, sentir seu sofrimento, angústias, medos e preocupações (STEWART, 2010). Em todos os níveis de atenção à saúde é necessário mudanças para a prática da “medicina centrada na pessoa” em que o profissional deve levar em consideração a perspectiva do sujeito que procura atendimento, suas expectativas, angústias e perdas funcionais. Assim, compreende-se que o tratamento para as condições crônicas deve ser reorientado em torno do paciente e da sua família no seu contexto ambiental e cultural.

Segundo dos Santos e Machado (2010), estamos na era do conhecimento, que é reconhecido como o fator mais importante da produção, com atualizações constantes e trazendo o desafio de inserir a aprendizagem ao longo da

vida profissional do indivíduo. Nesse contexto a educação deve estar voltada para a formação de cidadãos capazes de reconhecer as singularidades da pessoa e de articular contextos locais e globais, utilizando o conhecimento não só na prática profissional, mas na sua vida cotidiana em comunidade.

O filósofo da comunicação Pierre Lévy aponta que

Toda atividade, todo ato de comunicação, toda relação humana, implica um aprendizado. Pelas competências e conhecimentos que envolvem um percurso de vida pode alimentar um circuito de troca, alimentar uma sociabilidade de saber (LÉVY, 2007, p.27).

Trazendo estas reflexões para o contexto da saúde pública, onde se busca a integralidade do cuidado, a educação precisa ser capaz de promover a construção de um profissional com uma consciência individual e coletiva, aberto a uma prática pedagógica reflexiva, crítica e transformadora da realidade de trabalho levando a uma prática profissional interdisciplinar e mais responsável. Essa ação pedagógica poderia ser promovida no próprio ambiente de trabalho, norteadas pelas necessidades de saúde observadas pela equipe, através da educação permanente.

A educação permanente é proposta pelo Ministério da Saúde na busca da transformação e melhoria das práticas de saúde, estando baseada na aprendizagem significativa. “A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2009b, p.20).

A Política Nacional do Idoso recomenda a inclusão de disciplinas relacionadas à gerontologia e geriatria nos cursos de graduação da área da saúde e o apoio à criação de centros de referência e de programas de atenção à saúde dos idosos ligados às universidades.

Os estudantes dos cursos da área das ciências da saúde têm parte de sua formação dentro da atenção primária, nas unidades básicas e unidades da estratégia de saúde da família, sob a preceptoria de profissionais generalistas ou especialistas em saúde da família. Daí a necessidade de que se promova a capacitação desses profissionais na atenção a uma população que envelhece, atualizando o conhecimento e desenvolvendo a capacidade de comunicação com o idoso e com os colegas da equipe multiprofissional.

Como fonte de informação o Ministério da Saúde disponibiliza os Cadernos de Atenção Básica, atualmente, Cadernos de Atenção Primária. Entre eles há o Caderno Nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, com informações relevantes para a prática diária dos profissionais de saúde na atenção primária, na busca de maior resolutividade às necessidades dessa população (Brasil, 2006b).

Tomando a estratégia saúde da família como nova concepção de cuidado, mais abrangente, onde se materializa a ação baseada na visão global do sujeito e do seu sofrimento. É nesse cenário que devem ser desencadeadas as articulações com os demais atores envolvidos na rede de proteção à pessoa idosa.

Na atenção básica, particularmente na Estratégia Saúde da Família, o profissional de saúde deve buscar a concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), entre eles a integralidade do cuidado, com resolutividade das ações e fortalecimento da autonomia do sujeito por ele assistido. Tendo o idoso, dentro do seu contexto sociocultural, como foco do cuidado deve-se pensar em processos de qualificação dos trabalhadores da saúde que tenham como referência as necessidades de saúde desses sujeitos.

A partir desse contexto e da prática profissional da autora no cuidado à pessoa idosa na atenção primária, foi observada a necessidade da equipe multidisciplinar se atualizar e se assegurar de recursos para a identificação de idosos com risco de fragilização e diminuir os riscos para hospitalizações e asilamentos.

Optou-se por fazer este trabalho voltado para os profissionais da Estratégia Saúde da Família por ser essa a principal porta de entrada no sistema de saúde, onde os trabalhadores de saúde exercem suas atividades em equipe e próximos à realidade da comunidade. Muitos desses profissionais são ou poderão ser preceptores de acadêmicos de cursos da área da saúde.

Foram questões norteadoras deste trabalho:

1. Os profissionais de saúde durante a graduação ou pós-graduação têm acesso a instrumentos de avaliação global do idoso?
2. Os profissionais de saúde aplicam esses instrumentos no cotidiano da sua prática?

3. Os profissionais conhecem o Caderno de Atenção Básica sobre a saúde da pessoa idosa, disponibilizado pelo Ministério da Saúde?

1.1 Objetivos

O objetivo geral deste estudo é sugerir ao profissional de saúde na Atenção Básica, através de uma estratégia educativa, orientação e recursos propedêuticos, os meios para que ele realize a avaliação global do idoso, visando estabelecer um plano de prevenção de agravos e também terapêutico.

Como objetivos específicos o estudo pretende:

- Identificar o conhecimento dos profissionais de saúde da equipe da estratégia saúde da família, sobre a avaliação funcional do idoso;
- Construir um instrumento impresso que auxilie o profissional de saúde na avaliação funcional do idoso no seu atendimento na atenção primária, criando uma ferramenta que anexada ao prontuário pode auxiliar o profissional de saúde na representação da avaliação multidimensional da pessoa idosa de forma prática.

Observando que a incapacidade na terceira idade é vista como um problema de saúde pública, justifica-se este trabalho pela necessidade da equipe multidisciplinar em saúde se atualizar, se instrumentalizar para identificação de idosos com fragilidade e atuar na promoção do envelhecimento saudável e manutenção da independência e autonomia da pessoa idosa pelo maior tempo possível.

2. ENVELHECIMENTO

O conhecimento e compreensão de alguns conceitos são necessários para a identificação de vulnerabilidades da pessoa idosa, para operacionalização de ações de prevenção e tratamento de agravos e para a promoção da saúde. Para melhor compreensão da proposta, é válida uma pequena digressão para que alguns termos fiquem claros para os leitores.

O termo geriatria designa o ramo da medicina que foca o processo de envelhecimento, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de agravos e doenças do indivíduo idoso. Gerontologia designa a ciência que estuda o processo do envelhecimento e seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais.

Para Moraes e Silva (2008, p.21) “o envelhecimento representa a conseqüência ou os efeitos da passagem do tempo”, que são observados tanto na dimensão física quanto na psíquica, pois são coadjuvantes para manutenção da independência e autonomia. Os indivíduos experimentam um gradual declínio funcional, inexorável e dinâmico, com a utilização de reservas homeostáticas menores que em indivíduos mais jovens.

O envelhecimento de cada sistema ou órgão é diferenciado, levando a maior variabilidade entre os indivíduos à medida que envelhecem (MORAES e SILVA, 2008). Por isso eles estão sujeitos à maior vulnerabilidade às agressões do meio ambiente. Quanto maior a reserva funcional por volta dos 50 anos, menor será o declínio fisiológico, pois a partir dessa idade a pessoa tem perda funcional global de 1% ao ano (MORAES e SILVA, 2008). Os idosos são mais heterogêneos que os jovens também nos aspectos social e psicológico, devido suas variadas trajetórias de vida. Envelhecer não significa adoecer, é uma etapa do ciclo de vida de um ser.

Segundo Neri (2001) o envelhecimento pode ser classificado como:

- Envelhecimento primário ou fisiológico, que é universal e progressivo. Inerente a todos os seres vivos e é influenciado por fatores como: educação, estilo de vida, estresse, alimentação e exercícios físicos. Os indicadores deste fenômeno são os cabelos brancos, as rugas, a flacidez muscular e os déficits sensoriais.

- Envelhecimento secundário ou patológico associado a doenças orgânicas com maior probabilidade de ocorrer com o avanço da idade.
- Envelhecimento terciário ou terminal, relacionado à exacerbação das perdas físicas e cognitivas em um período de tempo relativamente curto. Seria o ponto final das doenças terminais, em qualquer idade.

Senescência é o termo utilizado por muitos estudiosos do envelhecimento para o envelhecimento fisiológico. Segundo Moraes e Silva (2008, p.22) ele pode ser dividido em:

- Envelhecimento usual com perdas fisiológicas significativas, mas sem doença;
- Envelhecimento bem-sucedido com perdas fisiológicas mínimas e preservação funcional em idades avançadas.

Os autores ainda referem que:

Não se sabe a extensão do impacto ambiental, principalmente devido à dificuldade de desenvolvimento de um método que separasse a fração de declínio fisiológico inerente ao organismo, daquelas advindas dos estresses ambientais anteriores ao envelhecimento (MORAES e SILVA, 2008 p.22).

O envelhecimento patológico, também descrito como senilidade, e o terminal estariam mais relacionados à fragilidade e vulnerabilidade, daí à dependência e perda de autonomia frente aos desafios nas suas atividades cotidianas. Há redução na capacidade do indivíduo de adaptar-se ao estresse causado por doenças agudas, hospitalização ou outras situações de risco (MOTTA *et al.*, 2005).

Para o Ministério da Saúde, fragilidade constitui-se em uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, que culmina com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos como o declínio funcional, dependência, queda e hospitalização (BRASIL, 2006b, p.50).

O declínio funcional está relacionado à perda de qualidade de vida, aumento da ocorrência de quedas, depressão, institucionalização, reinternações hospitalares e óbitos. O comprometimento da funcionalidade pode ocorrer em um

terço dos idosos hospitalizados, sem relação com a causa da internação (BERLEZI, 2011).

Funcionalidade, em geriatria, é a presença de autonomia e independência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, dependente da ocorrência de agravos e disfunções e dos fatores ambientais e pessoais ligados ao indivíduo. Engloba todas as funções orgânicas, atividades e participação, sendo produto da manutenção da cognição, humor, mobilidade e comunicação (MORAES e SILVA, 2008).

A avaliação do idoso com ênfase na funcionalidade possibilita o reconhecimento de situações indutoras de fragilidade, obtenção de diagnósticos de comprometimentos físicos, cognitivos, de riscos ambientais e promover intervenções.

Autonomia é conceituada por Sirena e Nicoletti Filho (2008, p.13) como “exercício da autodeterminação”, isto é, a capacidade de tomar decisões e agir, de acordo com suas convicções. Está relacionada ao humor e cognição.

Independência é definida pelo mesmo autor como “a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária”, podendo “viver na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros” (SIRENA e NICOLETTI FILHO, 2008, p.13). Está relacionada à mobilidade e comunicação.

Vulnerabilidade abarca aspectos individuais, coletivos, contextuais que aumentam a probabilidade de agravos e doenças. Sirena e Nicoletti FILHO (2008, p.13) a definem, na área da saúde, como “a probabilidade de ocorrência de um evento desfavorável às dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano”.

De posse destes conceitos, que certamente não são completos, mas que serão utilizados em todo o trabalho passaremos a outra parte da discussão do envelhecimento. O envelhecimento é um processo individual, com grande variabilidade, levando-se em conta as dimensões biológicas e psíquicas dentro do contexto familiar e social (MORAES e SILVA, 2008).

Envelhecimento bem sucedido implica em preservação da autonomia e independência na velhice, com a manutenção da capacidade de participação social.

Conforme explicam Gallo e Rebok (2001, p.466), tomando por base modelos teóricos sobre envelhecimento e saúde mental:

O envelhecimento bem sucedido vai além do potencial [...]; abrange um desenvolvimento psicossocial interno para a aceitação da própria vida, boa ou ruim, assim como o envolvimento externo com o mundo na maior extensão possível.

Assim, sob o conceito ampliado de saúde, os idosos, mesmo acometidos por doenças, podem ter boa qualidade de vida, que geralmente é expressa manutenção da capacidade funcional no desempenho de papéis sociais e de execução das atividades do cotidiano, com autonomia.

Para melhor compreensão do que foi exposto é dado o seguinte exemplo: duas pessoas idosas têm osteoartrose e incontinência urinária. Uma delas devido ao quadro de dor, diminuição da mobilidade e risco de constrangimentos fora do domicílio, tende a isolar-se, achando que o quadro é próprio da velhice, e pode evoluir com quadro depressivo, perda da autoestima e negligência com os autocuidados; a outra, com melhor acesso ao serviço de saúde ou apoio social, foi orientada e incluída em um plano de cuidados multidisciplinar, e consegue manter suas atividades de autocuidado e sociais. Dentro deste conceito a ação dos profissionais de saúde na atenção à pessoa idosa deve articular ações curativas, de reabilitação e preventivas.

As ações de prevenção primária são realizadas através da promoção de saúde e das medidas de prevenção específicas para evitar sequelas consequentes condições crônicas; ações de prevenção secundária se desenvolvem por meio do tratamento precoce e da limitação de invalidez; e as ações de prevenção terciária, através do tratamento de doenças e reabilitação.

Motta *et al* (2005, p.8) citam a escassa discussão desses conteúdos nos currículos dos cursos de graduação em saúde, levando a que o profissional não disponha das competências necessárias ao desenvolvimento de uma atenção integral à pessoa idosa e dificuldade da caracterização do risco de fragilidade.

2.1 Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa

Este termo define o processo de avaliação, diagnóstico e tratamento de pessoas idosas. Segundo Levy (1999), a construção desse processo se iniciou no sistema de saúde inglês, a partir de 1930, com o desenvolvimento de unidades de avaliação geriátricas para pacientes crônicos. Com a constatação do incremento da população idosa nos Estados Unidos foram também desenvolvidos centros especializados em geriatria, com atividade clínica, educacional e de pesquisa, incorporando a avaliação geriátrica ampla (AGA) ou avaliação multidimensional do idoso (AMI).

Em 1987, o National Institutes of Health divulgou um consenso sobre o tema, com a recomendação da utilização da AGA em todo sistema de saúde. Ele definiu avaliação geriátrica ampla como:

Avaliação multidisciplinar na qual os problemas dos pacientes idosos, são revelados, descritos e explicados, se possível, e também é realizada uma pesquisa em que os recursos e a capacidade do idoso são considerados, a necessidade dos serviços é estimada e um plano coordenado é especialmente desenvolvido para interceder diretamente no problema do paciente (LEVY, 1999, p.15).

Este conceito se afasta do tradicional modelo médico assistencialista, que é baseado na doença e não na pessoa que busca auxílio, e busca a manutenção da capacidade funcional neste ciclo da vida.

A avaliação multidimensional é importante para a tomada de decisão na assistência integral ao idoso, a partir da verificação do nível de comprometimento causado por agravos e doenças crônicas, o desempenho da pessoa nas suas atividades diárias de maneira independente e autônoma.

Jacob-Filho (2009, p.788) refere que a avaliação global do idoso inclui os domínios físico, mental, cognitivo e socioambiental, sendo importante para os diagnósticos de maior complexidade, para o planejamento e tomada de decisões.

Amaral (2009, p.791) ressalta que a AGA “incorpora o conceito de que a avaliação do paciente idoso deve ser diferenciada da avaliação clínica rotineira, pois o idoso não é apenas um adulto mais velho”, por conseguinte é fundamental que a geriatria se envolva num trabalho com uma equipe gerontológica multidisciplinar.

A AGA destaca os aspectos funcionais, além da capacidade para o autocuidado no idoso. No contexto demográfico atual e no que se vislumbra para o século, a avaliação sistemática da funcionalidade deve ser observada na assistência à pessoa idosa. A identificação do idoso com risco de fragilização podendo desenvolver dependência e perda da autonomia é um dos objetivos da AGA (MOTTA *et al*, 2005 p.22).

Motta *et al* (2005, p.22) descreve a composição da AGA:

- Avaliação biomédica – avaliação clínica com história pregressa, inquérito sobre medicamentos utilizados, avaliação nutricional e de funções sensoriais;
- Avaliação psicológica – funções cognitivas e emocionais;
- Avaliação social: suporte social, familiar, cuidadores, relação com vizinhos;
- Avaliação funcional – desempenho relacionado às atividades de vida diária (AVDs) e às atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) (ANEXOS D e E).

Na avaliação geriátrica inclui-se também a análise das condições ambientais, ou seja, do ambiente residencial, e do acesso aos serviços de saúde para identificação de fatores que promovam quedas (AMARAL, 2009).

Segundo Porto (2009, p.172) a avaliação funcional, enfatizada na avaliação multidimensional, tem como objetivos, entre outros:

- Melhorar a exatidão do diagnóstico;
- Identificar idosos com alto risco de fragilidade e orientá-los;
- Avaliar qualitativa e quantitativamente a capacidade funcional;
- Orientar a decisão de medidas que visam preservar e restaurar a saúde;
- Estabelecer critérios para indicação de internação, alta, institucionalização e reabilitação.

Sirena (2002, p.78) concluiu que a aplicação sistemática de um instrumento de avaliação multidimensional na atenção primária é possível, aumenta a acurácia diagnóstica e descortina problemas não reconhecidos em uma avaliação clínica tradicional e que poderiam comprometer a autonomia e a qualidade de vida do idoso.

Lachs *et al* (1990) desenvolveram um método de abordagem da pessoa idosa na atenção primária, baseado na funcionalidade, utilizando uma lista de domínios funcionais a serem investigadas e que na anamnese convencional nem sempre são avaliadas. Utilizam-se questões breves e tarefas facilmente observadas, reduzindo o tempo da avaliação. Este instrumento foi adaptado por pesquisadores da área de geriatria e gerontologia e da medicina de família e comunidade (MATEEV *et al*, 1998; MANN *et al*, 2004; SIRENA e NICOLLETI FILHO, 2008; CARDOSO e CARDOSO, 2008).

O Ministério da Saúde ressalta a Avaliação Multidimensional Rápida (ANEXO D) instrumento que sintetiza a avaliação multidimensional e que pode ser aplicada pelo profissional de saúde de forma objetiva na consulta na atenção primária culminando com o diagnóstico médico. A partir dela o profissional avaliará a necessidade da utilização de outras escalas e instrumentos mais complexos.

As dimensões pesquisadas para avaliação funcional da pessoa idosa são apresentadas a seguir:

- Funções sensoriais: visão e audição; geralmente há um declínio destes sentidos à medida que a pessoa envelhece, podendo comprometer suas atividades de vida diária, aumentar o risco de quedas, levar ao isolamento social e depressão.
- Função de membros superiores e inferiores: na senescência há redução de fibras musculares, massa e força muscular, processo conhecido como sarcopenia, e redução da massa óssea, que pode ser acelerado por fatores como baixa atividade física, deficiência nutricional, alterações neuro-humorais e metabólicas (PORTO, 2009). Esses fatores estão envolvidos no desenvolvimento de instabilidade postural, com maior risco de quedas e imobilidade (OPAS, 2012).
- Função cognitiva: a queixa de “esquecimento” é frequente no processo de envelhecimento (senescência), mas há déficit cognitivo quando o distúrbio de memória prejudica as atividades instrumentais e básicas de vida diária. A perda de memória de curto prazo e a perda da capacidade de cálculo são indicadores de déficit cognitivo. A demência tem uma alta taxa de não reconhecimento por parte de familiares e médicos, sendo 97% para demência leve e 50% para demência moderada (CUMMINGS, 2004; KIKUCHI, 2009). Exames de rastreio para déficits cognitivos são utilizados, com destaque para o Miniexame do Estado Mental

(ANEXO G) e, no caso de dúvidas, complementa-se a investigação (ANEXOS H e I). São instrumentos da prática clínica que podem ser realizados tanto em ambulatórios como em hospitais.

- Humor: o interesse na execução de tarefas é ativado e mantido pelo humor (MORAES e SILVA, 2008). A pessoa idosa, geralmente não refere humor depressivo, mas apresentam sintomas como insônia, fadiga, esquecimento, perda de apetite, algias. Segundo dados do MS, a depressão é a quarta causa específica de incapacitação, e em projeções para 2020, será a primeira causa nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2006b). É uma doença multifatorial, com baixo índice de diagnóstico e tratamento adequado na APS, acometendo 20 a 36% dos idosos avaliados ambulatorialmente (BRASIL, 2006b; KIKUCHI, 2009).

- Atividades Básicas e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AVD/AIVD) - definem-se como AVD as tarefas que a pessoa idosa desempenha para seu autocuidado, como locomover-se, vestir-se, tomar banho, alimentar-se e usar o banheiro. As AIVDs são atividades mais complexas que a pessoa idosa realiza para viver independente em comunidade (capacidade de usar telefone, fazer compras, usar transportes, preparar refeições, fazer trabalhos domésticos, manusear sua medicação, administrar suas contas). As limitações funcionais na pessoa idosa, muitas vezes têm maior repercussão na autonomia e qualidade de vida do que uma doença crônica.

- Continência urinária: a continência urinária depende de uma boa função cognitiva, da integridade do trato urinário, da mobilidade e destreza muscular. No processo de envelhecimento o comprometimento de vários desses fatores leva a incontinência. No Brasil, estudos mostram que cerca de 30% das mulheres idosas e 12% dos homens idosos na comunidade podem apresentá-la (TAMANINI, 2009), e muitas vezes não se queixam por constrangimento ou crerem que “é normal no velho”. A incontinência urinária é um dos chamados “gigantes da geriatria”.

- Estado nutricional: há uma tendência a diminuição de peso a partir dos 60 anos, por redução de massa óssea e muscular, diminuindo a massa magra, e aumento da gordura corporal total de 20 a 30% (PORTO, 2009; MORAES E SILVA, 2008). Fisiologicamente ocorre ainda atrofia das papilas gustatórias e diminuição dos receptores olfativos, podendo levar a uma diminuição do paladar e do olfato.

Uma perda ponderal de 5% em um mês ou 10% em seis meses sugere diagnóstico de desnutrição, sendo necessário investigar a causa (SIRENA, 2002; Associação Médica Brasileira, 2011). A subnutrição acomete 15% da população idosa, podendo ser responsável por aumento da morbidade, das internações hospitalares com permanência prolongada, do aumento da ocorrência de úlceras de pressão e da mortalidade (SIRENA E NICOLETTI FILHO, 2008). Também se deve observar a presença de sobrepeso e obesidade, principalmente nos idosos portadores de doenças crônicas, com outros fatores de risco cardiovasculares. No envelhecimento ocorre também redução da água corporal total, que associada à menor sensação de sede, às alterações neuroendócrinas e agravos que limitem a mobilidade, provocando uma maior tendência à desidratação. Inclui-se aqui a importância da avaliação da saúde bucal, pois processos patológicos estruturas da boca ou próteses inadequadas podem levar a um processo de desnutrição. Najas e Yamatto (2008) citam a necessidade do serviço de saúde utilizar sistematicamente instrumentos de aplicação rápida para avaliação do estado nutricional do idoso.

- Função Sexual: esta dimensão não estava contemplada originalmente no trabalho de Lachs (1990). Mas em instrumentos posteriores ela já é referida, pois tem importância também na senescência. Há referências de que 74% dos homens com 60 anos e mais, casados, e 56% das mulheres com 60 anos e mais, casadas, são sexualmente ativos (DIOKNO *et al.*, 1990; BUSSE *et al.*, 2009). Doenças crônicas, efeito de medicamentos, problemas psicológicos influenciam negativamente a função sexual.

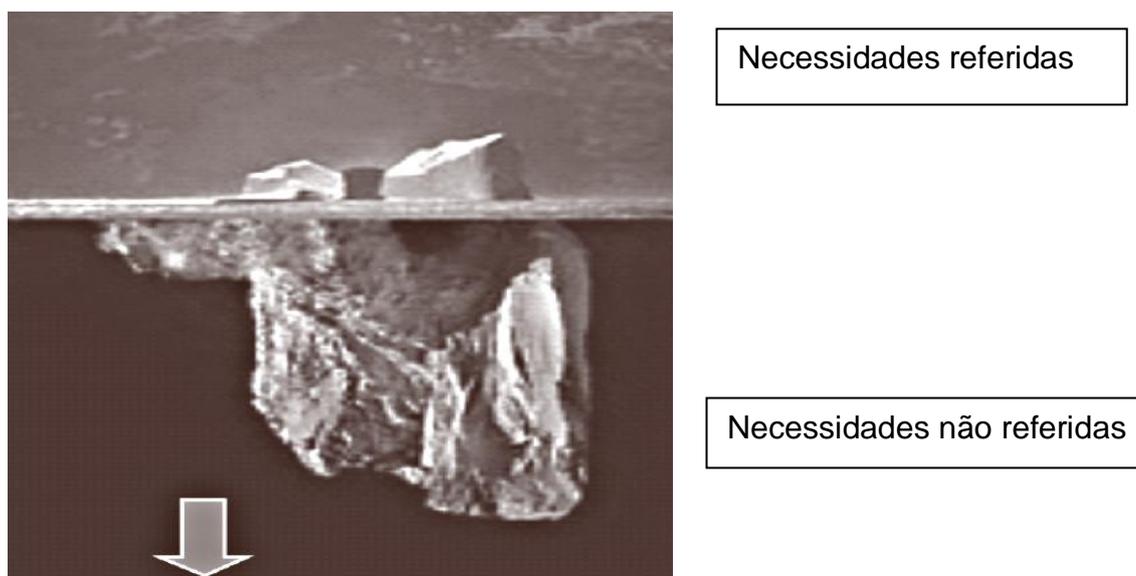
- Condições Ambientais: a avaliação do domicílio, interna e externamente, tem importância para detecção de riscos de quedas e acidentes, que como já foi referido, tem grande impacto na saúde pública. Amaral (2009, p.793) refere que “a avaliação ambiental engloba a avaliação da adequação e segurança do domicílio e o acesso a serviços de saúde”. De acordo com o Ministério da saúde, independente da causa da queda, a pessoa idosa que faz referência a duas ou mais quedas no mesmo ano será considerado frágil ou em processo de fragilização (Brasil, 2008).

- Suporte Social: inicia-se a identificação dos vínculos da pessoa idosa a partir dos dados da anamnese – estado civil, número de filhos, com quem ela reside. É necessário detectar a rede de apoio ao idoso para planejamento da assistência em

caso de agravos e incapacidades. Se a pessoa idosa mora sozinha ou já necessita de cuidados de terceiros, é considerado um idoso frágil ou em processo de fragilização. Aqui é preciso ressaltar a importância do reconhecimento de sinais de maus tratos (físicos, psicológicos ou financeiros), abandono, negligência e autonegligência, expressões da violência contra a pessoa idosa.

Para Fonseca e Rizzoto (2008) a avaliação da funcionalidade deve ser enfatizada na atenção primária, pois a presença de declínio funcional pode sugerir patologias ainda não diagnosticadas e a partir dessa avaliação é possível “a análise do balanço entre as perdas e os recursos disponíveis para a sua compensação” (FONSECA e RIZZOTO, 2008, p.368). Possibilita também descortinar riscos que seriam relacionados com o processo de envelhecimento usual.

Figura 2 - “Fenômeno do Iceberg”



Fonte: Brasil. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica n.19, 2006.

Por vezes a necessidade relatada pela pessoa idosa é apenas a ponta do iceberg, estando ocultas ou submersas condições clínicas ou situações de vulnerabilidade social que podem determinar perda da capacidade funcional (figura 2). O não reconhecimento destas condições em tempo hábil pode resultar em aumento de internações ou hospitalizações tardias, com aumento da morbidade e mortalidade.

Manifestações atípicas de doenças comuns são frequentes, sendo utilizado o termo Síndromes Geriátricas para destacar condições altamente prevalentes, com alta morbidade e desfechos adversos nesse grupo de pessoas. A estas síndromes se postulou chamar de Gigantes da Geriatria. Aqui é descrita a revisão feita por Moraes, Marino e Santos (2010):

- Incapacidade cognitiva (abarcando as demências, o *delirium*, a depressão e as doenças mentais);
- Incontinência urinária;
- Instabilidade postural (associam-se alterações do equilíbrio corporal, diminuição da força muscular e enrijecimento articular);
- Imobilidade (limitação da movimentação comprometendo a qualidade de vida);
- Iatrogenia (situações adversas provocadas pela prática médica);
- Incapacidade comunicativa (dificuldade de se expressar, deficiências auditivas e visuais);
- Insuficiência familiar (fragilização do suporte familiar levando a comprometimento no cuidado à pessoa idosa).

Depreende-se do que foi descrito que a avaliação geriátrica ampla é importante para um planejamento do cuidado em longo prazo, incluindo, além da avaliação das funções física e mental, a disponibilidade de suporte sócio familiar, os aspectos ambientais e a necessidade de tratamento de doenças crônicas.

Um instrumento importante para obtenção de dados para a avaliação multidimensional do idoso é a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. O profissional de saúde deve registrar na caderneta e identificar os sinais de risco de fragilização e adoecimento. Isso possibilita que ações preventivas, de promoção e recuperação da saúde possam ser instituídas, buscando uma melhor qualidade de vida da pessoa.

2.2. Saúde da Pessoa Idosa: Base Legal para o desenvolvimento das Políticas Públicas

A mudança do perfil demográfico e epidemiológico exigiu a implementação de novas políticas e novas formas de intervenção no campo da atenção à saúde com necessidade de aprimorar medidas de promoção e prevenção e oferta de tratamentos, viabilizando acompanhamento multiprofissional de forma longitudinal.

Com vistas a responder às crescentes demandas da população que envelhece, foi promulgada, a Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842/94, assegurando direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 1994). Em 1999 a portaria 1395/99 GM/MS aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e determina a adequação e elaboração, por parte do Ministério da Saúde e seus órgãos, de projetos, programas e ações em conformidade com as diretrizes da política (BRASIL, 1999).

Essa política põe em evidência que a perda da capacidade funcional, ou seja, “a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária” (BRASIL, 1999) é o principal agravo que pode afetar o idoso.

Promover o envelhecimento saudável significa, entre outros fatores, valorizar a autonomia e preservar a independência física e psíquica da população idosa, prevenindo a perda de capacidade funcional ou reduzindo os efeitos negativos de eventos que a ocasionem (BRASIL, 1999).

Em outubro de 2003, é sancionado pelo Presidente da República o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, que amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa. O Capítulo IV do Estatuto faz referência ao papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção. O artigo três, das disposições preliminares, dispõe sobre a obrigação de toda estrutura social assegurar ao idoso, com prioridade, a efetivação do direito à saúde. E a garantia de prioridade compreende, entre demais necessidades, a capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos (BRASIL, 2007b).

A partir dos referenciais do Plano de Ação Mundial para o Envelhecimento da OMS, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos, da Presidência da República, lança em 2003 uma publicação com recomendações para formulação políticas e adoção de medidas, contemplando três áreas prioritárias: os idosos e o desenvolvimento; promover a saúde e o bem estar até a chegada da velhice; criar ambientes propícios e favoráveis.

Dentro da orientação prioritária de “promover saúde e bem estar até a chegada da velhice” o documento cita que o idoso deve ter pleno acesso ao serviço de saúde incluindo reabilitação para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa já com alguma incapacidade. Para isso “os serviços de saúde devem incluir a capacitação de pessoal necessária e recursos que permitam atender as necessidades especiais da população idosa” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003b p.51) e “instituir atendimento contínuo à saúde para atender às necessidades de idosos” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003b, p. 58).

As políticas públicas de saúde com ênfase na Atenção Primária (APS), como a Estratégia Saúde da Família, visam esse acompanhamento longitudinal e integral à população em todos seus ciclos de vida e têm dado destaque aos idosos com alto grau de dependência funcional, que é mais um dos problemas de saúde pública que se descortina no cenário atual e para o futuro.

Conseqüentemente à ampliação da Estratégia Saúde da Família, com uma maior cobertura da população idosa e maior visualização da situação de fragilidade e vulnerabilidade desses indivíduos, promoveu-se a revisão e atualização da portaria nº 1395/99, e em de 19 de outubro de 2006 a Portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), cuja finalidade é “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2010, p.23).

O documento, Pacto pela Saúde, que engloba os componentes, Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS, foi formalizado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 define que a saúde do idoso é uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de

governo (federal, estadual e municipal) sendo apresentadas ações que coadunam com algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, entre outros, propõe a articulação intersetorial, como a inclusão nos currículos escolares de disciplinas que abordem o processo do envelhecimento como natural, não vinculado obrigatoriamente a patologias e incapacidades, valorizando a pessoa idosa (BRASIL, 2006a).

Propõe ainda a adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde, visando ao atendimento das diretrizes fixadas nesta Política e o incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior. Estes centros atuariam de forma integrada com o SUS, mediante o estabelecimento de referência e contrarreferência de ações e serviços para o atendimento integral à pessoa idosa e promovendo a capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares. A qualificação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência à pessoa idosa são também o objetivo dessas parcerias (BRASIL, 2006a).

O Ministério da Saúde disponibiliza ainda o manual “O SUS de A a Z”, um instrumento de orientação ao gestor municipal, onde a visão sobre a atenção à saúde do idoso é explicitada:

Promover o envelhecimento saudável significa, entre outros fatores, valorizar a autonomia e preservar a independência física e psíquica da população idosa, prevenindo a perda de capacidade funcional ou reduzindo os efeitos negativos de eventos que a ocasionem. É importante qualificar os serviços de saúde para trabalhar com aspectos específicos da saúde da pessoa idosa (como a identificação de situações de vulnerabilidade social, a realização de diagnóstico precoce de processos demenciais, a avaliação da capacidade funcional, etc...). Seus profissionais devem estar sensibilizados e capacitados a identificar e atender às necessidades de saúde dessa população (BRASIL, 2009a, p.342-343).

Com esta orientação legal baliza-se a proposta de construção de instrumentos que apoiem a prática da equipe de saúde multiprofissional no suporte integral ao envelhecimento bem sucedido.

3. ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Novamente serão apresentados conceitos necessários à compreensão da proposta desta dissertação, agora pertinentes à Atenção Primária à Saúde (APS) e à Estratégia Saúde da Família (ESF).

O atual sistema de saúde brasileiro foi criado pela Constituição Federal de 1988, a partir das discussões de movimentos como a Reforma Sanitária e a VIIIª Conferência Nacional de Saúde, que se materializaram na constituinte. A lei 8.080 de 1990 instituiu o Sistema Único de Saúde que tem por diretrizes e princípios: a descentralização político administrativa, a integralidade de assistência, a participação da comunidade, a universalidade de acesso a todos os níveis do sistema, a regionalização e hierarquização e a equidade.

A porta de entrada do sistema é preferencialmente a unidade básica de saúde ou a equipe de saúde da família e este é o momento privilegiado para prover ações resolutivas, que contemplem de forma integral e abrangente as necessidades colocadas pelos usuários e detectadas pelo olhar do agente comunitário, pela atuação do controle social e pela equipe de saúde. A oferta do cuidado deve ser oportunizada também em outros espaços de assistência ou sociais, envolvendo a atuação das equipes das unidades básicas de saúde (UBS) ou unidades da Estratégia Saúde da Família (UESF).

A atenção primária é o *locus* de acesso da pessoa ao longo da vida ao sistema de saúde, propiciando atenção para todas as necessidades de saúde e sendo responsável pela coordenação do cuidado, organizando e articulando a comunicação entre os pontos das redes de atenção à saúde (atenção secundária-média complexidade; atenção terciária- alta complexidade).

Neste trabalho os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica são considerados equivalentes conforme cita a Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2011).

Os princípios da APS foram enunciados em Alma Ata, no Cazaquistão em 1978, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, organizada pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para Infância. Foi publicada a Declaração de Alma Ata com a definição de Atenção Primária à Saúde:

Atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter. É o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade (...) trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde (WHO, 1978 apud OPAS, 2005b p.25).

A Atenção Básica caracteriza-se por:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011).

Este conjunto de ações objetiva a integralidade da atenção que “impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2011), estando em consonância com o conceito ampliado de saúde.

Iniciado em 1994, a ESF foi desenvolvida visando o fortalecimento da atenção primária, e apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos.

A ESF busca a reorientação do modelo assistencial na atenção primária operacionalizada a partir da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (UBS). Estas equipes trabalham sob os preceitos da atenção básica, e são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada.

No modelo Estratégia Saúde da Família, que representa um paradigma com ênfase nas ações de prevenção promoção em saúde, não se pode e não se devem minorar as ações curativas necessárias. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

A falta de estruturação da atenção primária gera o fortalecimento da visão hospitalocêntrica, onde o indivíduo busca a resolução de suas necessidades de saúde no hospital. Por isso a importância da qualificação dos profissionais da atenção primária, promovendo o cuidado à pessoa idosa e sua família em situações

de assistência às doenças, prevenção de agravos e promoção de saúde e buscando evitar a incapacidade, a internação frequente e o asilamento.

A saúde do idoso é definida pelo Ministério da Saúde como área estratégica de atuação da atenção básica, assim como a saúde bucal, a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do *diabetes mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher e a promoção da saúde.

O modelo assistencial preconizado pelo Sistema Único de Saúde na atenção à saúde do idoso pautado na equipe interdisciplinar propicia uma assistência humanizada e integral, com impacto na qualidade de vida da população idosa e repercussão na saúde pública em geral.

“A avaliação da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica tem por objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade” (BRASIL, 2006a).

Esta questão demonstra a necessidade de uma programação em educação permanente com atualização técnico-científica, para que a assistência integral à saúde, traduzida em qualidade de vida, seja atingida.

4. EDUCAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

A formação tradicional, ainda hegemônica na área da saúde, é baseada no modelo flexneriano, elaborado no início do século XX (FONSECA, 2009). Este modelo foi desenvolvido a partir do estudo do educador Abrahan Flexner, nos Estados Unidos que analisou o ensino das escolas médicas americanas e culminou na elaboração do “Relatório Flexner” que norteou a reforma da educação médica a partir de 1910 (STARFIELD, 2002; BRANT, 2005).

Esse modelo levou ao progresso da medicina como ciência, acompanhado de uma extraordinária elevação de custos (FONSECA, 2009, p.34). Orientou o ensino em saúde centrado no professor e na prática médica assistencialista, com ênfase no atendimento hospitalar, no ensino teórico, na especialização, na departamentalização, nos processos biológicos com conseqüente distanciamento das questões sociais e culturais que envolvem o processo saúde – doença.

Com relação a esse modelo Gomes *et al* (2010, p. 182) argumentam:

De acordo com esse modelo hegemônico, o treinamento dos estudantes para o exercício profissional é presidido pelo divórcio dos conteúdos programáticos das diversas disciplinas que compõem o currículo, e também pela falta de articulação entre conteúdos teóricos e práticos.

Em contraposição ao modelo flexneriano, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) orientam o modelo pedagógico centrado no estudante, sintonia entre teoria e prática, inclusão de tecnologias que contemplem o contexto social e cultural da pessoa atendida (MOTTA e AGUIAR, 2007).

As DCN representam um importante marco no sistema educacional brasileiro por delinearem o perfil do egresso dos diversos cursos superiores e definirem suas habilidades e competências. As DCN para os cursos de graduação na área da saúde foram homologadas pelo Conselho Nacional de Saúde em 2001 (BRASIL, 2001a, BRASIL, 2001b).

Entre os princípios das diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde (medicina, enfermagem e nutrição) estão:

- Estimular a prática de estudo independente, visando uma progressiva autonomia intelectual e profissional;
- Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referiram à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada;
- Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão (BRASIL, 2001b, p. 2).

A proposta de desenvolver um material didático sobre a avaliação da pessoa idosa em nível da atenção primária, para ser utilizado pela equipe multidisciplinar, coaduna-se com os princípios acima descritos.

No atual contexto epidemiológico e demográfico, e dentro do conceito ampliado de saúde, a formação profissional ainda vigente, baseado na doença e no modelo hospitalocêntrico, que se reflete na assistência prestada, não contempla as necessidades da população idosa. Lourenço *et al* (2005, p. 314) descrevem que:

A mudança no paradigma de atenção à saúde da população idosa é imprescindível, pois os modelos tradicionais centrados na assistência hospitalar e/ou asilar já demonstraram sua ineficiência. A insistência na manutenção do atual modelo, longe de solucionar tal questão, termina por agravá-la.

Em 2002 os Ministérios da Educação e da Saúde, em parceria, implantaram o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares no Ensino Médico (PROMED), com propostas de integração escola-comunidade-serviços, tendo a ótica da atenção primária à saúde. Este programa oferece recursos para as instituições educacionais que se propõem a modificar o currículo para formação do profissional com competência para lidar com as dimensões socioeconômicas, culturais e técnicas encontradas no complexo trabalho em saúde, no âmbito individual e coletivo, enfatizando a atenção primária e não somente a hospitalar.

Dentre as competências gerais relacionadas nas DCN (2001) para os cursos de graduação da área da saúde estão: a aptidão para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde individual e coletiva; a tomada de decisões baseada em evidências científicas; a comunicação, envolvendo habilidades de leitura e escrita e uso de tecnologias de informação e comunicação; a

liderança com responsabilidade, solidariedade, visando ao bem estar da comunidade; a aptidão para administração e gerenciamento das pessoas da organização, dos recursos materiais e da informação; e a aptidão para aprender continuamente, tanto na formação quanto na sua prática profissional. Essa última competência é referida no documento das DCN como educação permanente:

Os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais (BRASIL, 2001b, p.10-11).

É necessário diferenciar a educação permanente de educação continuada.

A educação continuada no campo da saúde é geralmente baseada na pedagogia da transmissão, representando uma continuidade do modelo escolar, centrado na atualização do conhecimento, na experiência do professor. É uma técnica de capacitação descontínua, de ocorrência periódica, e geralmente centrada em cada categoria profissional, sem enfoque multidisciplinar (BRASIL, 2009b, p.43-44). Essa transmissão passiva de conteúdos é referida por Freire (2012) como “concepção bancária” da educação, onde o educador deposita os conteúdos e o educando recebe os depósitos e os arquiva.

Segundo Moreira (2009), na visão de Ausubel, quando esse processo de aprendizagem se faz com pouca ou nenhuma interação com conceitos relevantes prévios presentes na estrutura cognitiva do educando, se tem a aprendizagem dita mecânica, sem tradução de significados para o aprendiz. O conteúdo pode ser decorado, mas é mais facilmente esquecido (PELIZZARI *et al*, 2002).

Mas quando essa aprendizagem se faz com interação dos novos conhecimentos com os conhecimentos prévios relevantes existentes na estrutura cognitiva do educando, denomina-se, segundo Ausubel, aprendizagem significativa (MOREIRA, 2009). Nesse processo o conhecimento adquirido passa a ter significado e o conhecimento já existente passa a ter novos significados, tornando-se mais diferenciado e elaborado. A aprendizagem significativa implica em compreensão, não apenas memorização e na intenção de aprender.

A educação permanente trabalha fundamentalmente com a metodologia da problematização, se baseando na aprendizagem significativa (BRASIL, 2009b). Essa metodologia prioriza a reflexão sobre o cotidiano do trabalho em saúde e a necessidade de saúde das pessoas que buscam o cuidado, visando à transformação das práticas profissionais e da realidade social.

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços (BRASIL, 2004a p.10).

O MS institui pela Portaria 198/04 a Educação permanente como política pública para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor da saúde e propõe a educação permanente como estratégia de transformação das práticas de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da Saúde.

A educação permanente (EP) é proposta como ferramenta de construção de novos modelos de trabalho, novas relações entre a equipe multidisciplinar e entre os profissionais e usuários idosos, numa tentativa de transformá-los em protagonistas do cuidado em saúde.

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras (BRASIL, 2004a).

Para Motta (2005), a formação de profissionais para atuar na área da atenção à pessoa idosa, implica no desenvolvimento de conteúdos e habilidades voltados para a prática do trabalho interdisciplinar, na compreensão do processo de envelhecimento e seu contexto psicossocial.

Mas o processo educacional não pode se restringir à graduação, visto que é contínuo e dinâmico, e os avanços das ciências devem atrelar-se ao contexto social e cultural da pessoa assistida pelo profissional.

Os profissionais ainda necessitam compreender as especificidades da população idosa brasileira, e as síndromes mais prevalentes neste ciclo da vida. O subdiagnóstico das síndromes geriátricas e a inadequação do atendimento levam à

diminuição da capacidade funcional e reinternações hospitalares frequentes (SILVESTRE, *et al.*, 1996; CHAIMOWICZ, 1997; MOTTA, 2005).

Para suplantar a visão tradicional da saúde como ausência de doença e defini-la como resultante das condições de vida da sociedade, das famílias e dos indivíduos, é necessário que a formação dos profissionais de saúde possa ir além das práticas vigentes e avançar na inclusão desses profissionais nos cenários sociais identificando as necessidades de saúde da população por ele assistida. No caso da pessoa idosa, isso é importante para que o profissional possa contribuir para a aquisição de novas atitudes no modo de viver desse grupo.

Foi proposta a adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde, visando ao atendimento das diretrizes fixadas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a).

5. RECURSOS DIDÁTICOS

Observam-se mudanças nas propostas pedagógicas para alcançar as adequações propostas nas DCNs e nas Políticas Públicas de Saúde, para os cursos de graduação e formação profissional, orientadas e inspiradas nos quatro pilares da educação descritos por Jacques Delors, coordenador do relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI da UNESCO:

- Aprender a conhecer: [...] aprender a aprender, para beneficiar-se das oportunidades oferecidas pela educação ao longo da vida.
- Aprender a fazer, a fim de adquirir não só uma qualificação profissional, mas, de uma maneira mais abrangente, a competência que torna a pessoa apta a enfrentar numerosas situações e a trabalhar em equipe. [...] aprender a fazer no âmbito das diversas experiências sociais ou de trabalho, [...] graças ao desenvolvimento do ensino alternado com o trabalho.
- Aprender a conviver, desenvolvendo a compreensão do outro e a percepção das interdependências [...].
- Aprender a ser, para desenvolver, a personalidade e estar em condições de agir com uma capacidade cada vez maior de autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal. [...] a educação deve levar em consideração todas as potencialidades de cada indivíduo: memória, raciocínio, sentido estético, capacidades físicas, aptidão para comunicar-se (UNESCO, 2010 p. 31).

Nesse cenário, professores e alunos desempenham novos papéis. O professor não objetiva principalmente a transmissão da informação, mas atua como orientador e mediador tanto no campo intelectual, como ético e emocional. O aluno não é mais um receptáculo de informações, mas a partir da sua interação com os meios de informação deve procurar construir seu conhecimento, com uma postura crítica, reflexiva.

Morin (2008, p.12) refere que vivemos numa sociedade de informação, de comunicação e conhecimento. Mas informação não é conhecimento, pois este resulta da organização da informação. O excesso de informação com pouca organização leva à carência de conhecimento. No fenômeno comunicacional existe

sempre em cada ponta um emissor e um receptor dotados de inteligência, ligados a um contexto social, político e particular, e no meio deles estão as mídias.

O uso de mídias audiovisuais ou impressas como material didático viabiliza a integração de informações, desenvolvimento de novas habilidades, estímulo à autonomia do profissional da saúde na busca do conhecimento muitas vezes promovendo interações com outros.

No contexto da educação em saúde as tecnologias de informação podem ser aplicadas para fomentar a aprendizagem, que será significativa quando as novas informações encontrarem referências na estrutura cognitiva do indivíduo e ampliarem a sua compreensão de determinado saber (FONSECA, 2011). A aprendizagem significativa é um processo de interação entre os novos conhecimentos com conteúdos diferenciados e relevantes que o sujeito possui previamente. Para Moreira (1982, p. 4), segundo Ausubel,

Essa interação constitui uma experiência consciente, claramente articulada e precisamente diferenciada, que emerge quando sinais, símbolos, conceitos e proposições potencialmente significativos são relacionados à estrutura cognitiva e nela incorporados.

De acordo com os Parâmetros Curriculares Nacionais para o Ensino Médio (Brasil, 2000) o dia a dia das pessoas é permeado pelas tecnologias da informação e comunicação influenciando os processos produtivos, o desenvolvimento do conhecimento e as práticas sociais.

As tecnologias de informação podem ser aplicadas com sucesso na educação, fato que nos permitiu inicialmente elaborar a proposta de utilização de um DVD como estratégia didática visando à contribuição significativa para o desenvolvimento do trabalho da equipe de saúde, de forma autodidática, no processo de educação permanente.

Mas é importante o alerta de que elas não podem ser consideradas como panacéia para resolução dos problemas crônicos da educação, nem utilizadas como modismo desvinculada da problematização do saber (DIEUZEIDE, 1994, apud BELLONI, 2006).

É importante integrar as TICs aos processos educacionais, pois elas estão presentes no dia a dia das pessoas, mas este acesso não é equitativo social e

regionalmente. A incorporação das TICs está sendo observada tanto na graduação como na formação continuada, que está em crescimento devido a “obsolescência acelerada da tecnologia e do conhecimento” (BELLONI, 2002, p.124).

Nas sociedades contemporâneas, "do conhecimento" ou "da informação", a formação inicial torna-se rapidamente insuficiente e as tendências mais fortes apontam para uma "educação ao longo da vida" (*lifelong education*) mais integrada aos locais de trabalho e às necessidades e expectativas dos indivíduos (BELLONI, 2002, p.139).

Esses conceitos podem ser aplicados na estratégia da educação permanente, pela qual se busca uma mudança no processo de formação e desenvolvimento dos profissionais da área da saúde para o trabalho no SUS.

O recurso didático deve desenvolver habilidades e competências específicas, sendo que a mídia utilizada será selecionada levando em conta a proposta educacional e o contexto socioeconômico, cultural do público-alvo (BRASIL, 2007a).

No final da década de 70 sob o impacto das novas tecnologias de informação e comunicação, Frederic Lancaster, pesquisador inglês em ciência da informação, divulgou a idéia da “sociedade sem papel”, com o desuso das mídias impressas. Estas previsões sofreram duras críticas (Figueiredo, 1995) e apesar da popularização do computador e das novas tecnologias da informação, o uso da mídia impressa continua sendo instrumento importante no processo de ensino-aprendizagem.

Tendo como referência a construção de meios didáticos impressos para educação à distância verifica-se que “considerando os aspectos sociais, econômicos e culturais, os estudantes brasileiros valorizam muito os materiais didáticos impressos, tendo em vista até a falta de infraestrutura adequada no que se refere ao acesso aos Ambientes Virtuais de Aprendizagem” (SILVA, 2011, p.21).

O Ministério da Educação aponta que o meio impresso, do ponto de vista do aluno tem vantagem por lhe ser familiar, por poder acrescentar anotações, por ser facilmente transportável e utilizável conforme disponibilidade do aluno, podendo ser utilizado com autonomia. Mas a eficácia desse meio também depende da “capacidade leitora dos alunos” (BRASIL, 2007 p.6).

Ainda sobre as mídias impressas destaca que:

Os materiais didáticos impressos são um dos principais meios de socialização do conhecimento e de orientação do processo de aprendizagem, articulados com outras mídias: vídeo, videoconferência, telefone, fax e ambiente virtual (BRASIL, 2007 p.6).

Novamente fazendo menção às teorias de Ausubel, um material didático impresso pode ser um veículo para a aprendizagem receptiva, e que também será significativa se o novo conhecimento for relacionado a conceitos relevantes pré-existentes na estrutura cognitiva do aprendiz e este estiver predisposto a aprender (MOREIRA, 2009).

É necessário, entre outros fatores, que os profissionais da atenção primária tenham disponíveis tecnologias que permitam realizar diagnósticos mais precisos da situação de cada idoso, para planejarem as intervenções baseadas na pessoa atendida, uma vez que o processo de envelhecimento assume características particulares em cada indivíduo. É também é necessário que sejam atualizados e capacitados na utilização dessas tecnologias.

6. CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem quantitativa. Segundo Severino (2007, p 123) “a pesquisa exploratória busca levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto.”.

6.1. Campo de coleta de dados.

Os dados foram coletados no município de Pinheiral no estado do Rio de Janeiro, na região do Médio Paraíba. O município conta com uma população de 22.719 pessoas, 10% residindo na zona rural. Os idosos somam 2473 pessoas (IBGE, 2011), ou seja, cerca de 11% da população. Conta com uma rede de serviços de saúde com quatro estabelecimentos privados e doze públicos, sendo sete unidades da estratégia saúde da família. Estudantes dos primeiros módulos de cursos de graduação da área médica do Centro Universitário do UniFOA frequentam as unidades de saúde, supervisionados pelos preceptores.

6.2. Sujeitos da Pesquisa

A amostra constituiu-se de 25 profissionais de curso superior nas especialidades de medicina, enfermagem, odontologia, nutrição e fisioterapia, que atuam nas equipes da Estratégia Saúde da Família. Muitos desses profissionais são ou poderão ser preceptores de acadêmicos de cursos da área da saúde.

6.3. Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi um questionário com perguntas abertas e fechadas sobre o conhecimento dos profissionais a respeito da sua formação em saúde do idoso, seu conhecimento sobre avaliação funcional do idoso e sua opinião quanto a um material didático para sua instrumentalização no atendimento à pessoa idosa. (ANEXO C). Escolhemos o questionário porque segundo Cervo e col., (2007, p.53) “é a forma mais usada para coleta de dados, pois possibilita medir com mais exatidão o que se deseja no menor espaço de tempo com maior número de pessoas”.

Inicialmente procedemos à aplicação de um questionário piloto (pré-teste) solicitando a cinco profissionais que participam de equipes de saúde da família de

fora da nossa amostra que respondessem ao instrumento. Tal procedimento possibilita reconhecer falhas de linguagem e de compreensão antes da aplicação do questionário (COSTA e COSTA, 2012). Após as correções do questionário e autorização pela Secretaria Municipal de Saúde de Pinheiral procederam-se as visitas às unidades de saúde da família do município, para aplicação dos questionários.

Esta fase do trabalho foi desenvolvida durante o segundo semestre de 2011 e o primeiro semestre de 2012 nas sete unidades de saúde do município. Antes de iniciarmos a pesquisa, o projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CoEPS/UniFOA, Parecer 023/11.

Os dados foram tabulados no Google docs, uma ferramenta de escritório gratuita e on-line, similar ao conhecido Microsoft Office, dispostos para análise em frequência simples e discutidos a partir do referencial teórico. As vantagens do Google docs que nos levaram a preferi-lo, foram o custo nulo, a facilidade de acesso aos formulários, devido ao programa armazenar os arquivos em computação em nuvem, e o fato dele possuir um aplicativo chamado Forms, que permite criar formulários similares aos que distribuimos aos nossos entrevistados e preenchê-los com facilidade.

O produto foi desenvolvido a partir dos resultados da pesquisa. Para fins desse trabalho usou-se como referência o Caderno de Atenção Básica Nº 19 do Ministério da Saúde, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e a Caderneta de saúde da pessoa Idosa e procedeu-se uma pesquisa bibliográfica para desenvolver uma coletânea dos principais instrumentos utilizados para avaliação funcional do idoso, já consagrados e validados pela aplicação em diversos serviços de saúde pública no Brasil.

Utilizou-se o instrumento Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa disponibilizado pelo Ministério da Saúde com doze dimensões analisadas na avaliação pelo profissional de saúde. Estas dimensões foram descritas anteriormente no capítulo 2.2. Utilizando o programa Microsoft Office Excel e o programa Paint, do sistema operacional Windows da Microsoft construiu-se uma imagem que possibilita ao profissional de saúde uma visualização objetiva, global e

rápida das dimensões analisadas na avaliação da pessoa idosa. Nesta figura podem ser lançados os resultados da avaliação multidimensional.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No município de Pinheiral, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) são compostas por profissionais de nível médio, médicos, enfermeiros e dentistas. Trabalham junto à equipe de saúde da família nutricionistas, fisioterapeutas e ginecologistas. Todos atendem a população idosa dentro da sua competência.

Foram aplicados e respondidos 25 questionários. Do total de profissionais investigados, cinco eram dentistas, seis enfermeiras, quatro fisioterapeutas, oito médicos e dois nutricionistas.

A maioria dos profissionais é do gênero feminino (16 em 25). A faixa etária dos sujeitos da pesquisa está descrita no Quadro 1, observando-se um predomínio na faixa de 30 a 39 anos.

Quadro 1 – Faixa etária dos sujeitos da pesquisa.

Idade/ Profissão	Dentista	Enfermeiro	Fisioterapeuta	Médico	Nutricionista	Total
20 a 29	0	1	2	0	1	4
30 a 39	1	3	2	3	1	10
40 a 49	1	2	0	3	0	6
50 a 60	2	0	0	0	0	2
> 60	1	0	0	2	0	3
Total	5	6	4	8	2	25

O tempo de formado nesta amostra é predominantemente de seis a dez anos, sendo então egressos de cursos que já introduziram as mudanças curriculares exigidas pelas políticas públicas (quadro 2).

Quadro 2 – tempo de formado dos sujeitos da pesquisa

Profissão/tempo formado (anos)	Dentista	Enfermeiro	Fisioterapeuta	Médico	Nutricionista	Total
1 a 5	0	3	0	1	0	4
6 a 10	0	1	4	2	2	9
11 a 15	2	1	0	1	0	4
16 a 20	1	0	0	2	0	3
21 a 25	0	1	0	0	0	1
25 a 30	0	0	0	0	0	0
> 30	2	0	0	2	0	4
Total	5	6	4	8	2	25

Onze dos profissionais tiveram contato com a ESF durante a graduação, onze durante a atuação profissional, e três durante a pós-graduação. Este dado mostra a necessidade da implementação de programas de educação permanente para que esses profissionais possam durante sua prática construir novos conceitos sobre a integralidade do cuidado sob os parâmetros da APS. Mendes (2005) afirma que o profissional de saúde que atua na atenção primária necessita construir atitudes e habilidades amplas, buscadas nos campos da medicina, biologia, psicologia, antropologia, sociologia e estar apto para trabalhar na lógica da intersetorialidade.

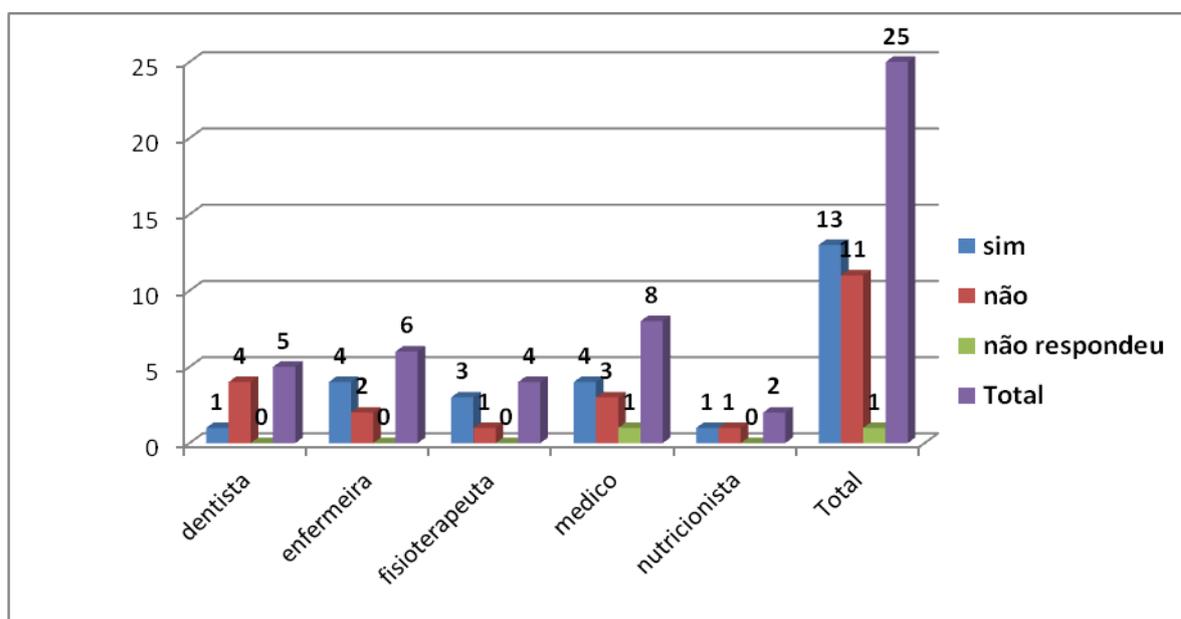
A educação permanente, como política de Estado, apresenta-se como proposta estratégica para buscar a transformação da formação, das práticas pedagógicas e da organização dos serviços de saúde com articulação do sistema único de saúde e as instituições de ensino (BRASIL, 2004b).

Os cursos de graduação na área da saúde ainda não desenvolvem de forma transversal a divulgação do conceito ampliado de saúde na atenção aos idosos, com pouca ênfase à avaliação propedêutica própria para essa faixa etária e não promovem efetivamente, a prática do trabalho em equipe multidisciplinar. Isso, entre outros fatores, dificulta aos recém- formados a identificação precoce de riscos de fragilização e de perda de autonomia e independência da pessoa idosa (MOTTA e AGUIAR, 2007).

Especificado o perfil pessoal desses profissionais, podemos passar à análise de sua formação em relação aos cuidados aos idosos.

Dos vinte e cinco profissionais, a metade teve aulas sobre propedêutica do idoso na graduação, assim discriminados: quatro de seis enfermeiros, três de quatro fisioterapeutas, quatro de oito médicos, um nutricionista de dois, e um de cinco odontólogos (figura 3).

Figura 3: Profissionais que tiveram e não tiveram aula sobre propedêutica do idoso na graduação.



Fonte: a autora (2012)

Evidenciou-se que metade dos profissionais relata conhecer a avaliação ampla (AGA) do idoso (12) e saber proceder ao exame para avaliação funcional (13). A metade dos profissionais médicos e a quase totalidade dos enfermeiros e fisioterapeutas relataram saber praticar a avaliação funcional do idoso. O número de profissionais que não praticam a avaliação funcional é maior entre os dentistas e nutricionistas, mas a maioria dos profissionais dessas categorias não teve aulas durante a graduação específicas sobre atendimento ao idoso.

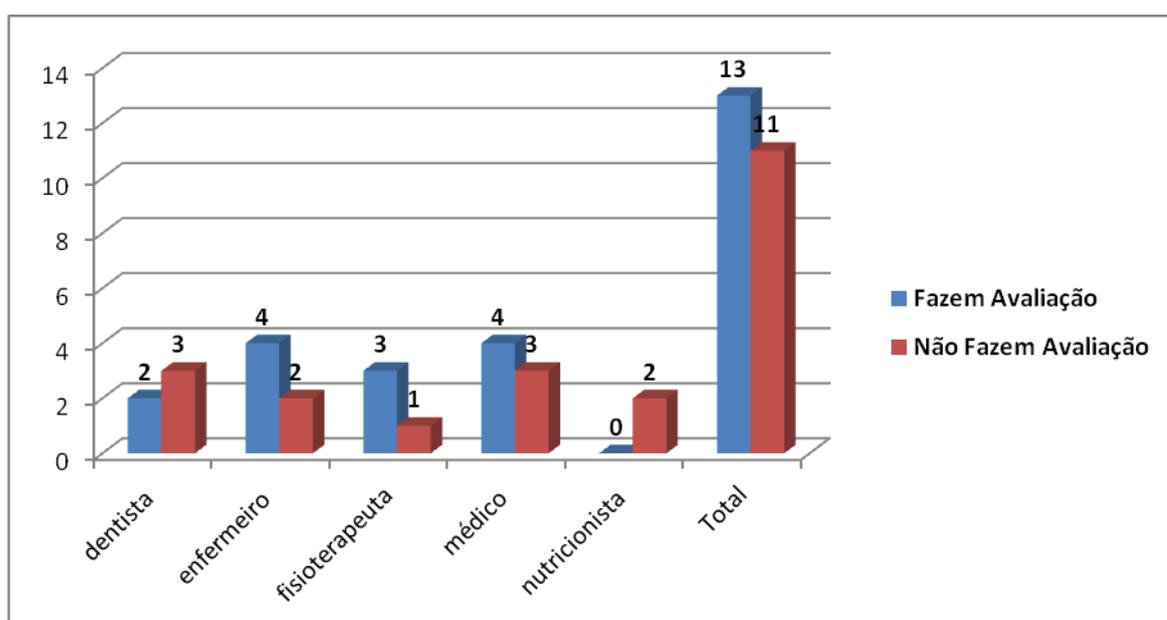
Mas independentemente do conhecimento ou não dos métodos de avaliação do idoso, a quase totalidade dos profissionais (24 de 25) referem necessidade de informações mais apuradas sobre a saúde do idoso. Apenas um profissional disse não sentir essa necessidade. E apenas três não referiram necessidade de um instrumento de qualificação que melhore seu desempenho na propedêutica da pessoa idosa.

Uma síntese da situação dos profissionais de saúde em relação ao seu conhecimento prévio do tema em questão, ao conhecimento da AGA, à realização da avaliação funcional, à necessidade de conhecimentos e de instrumentos encontra-se no quadro 3. Na figura 4, os 13 sujeitos da pesquisa que informaram fazer avaliação funcional, estão distribuídos por categoria profissional.

Quadro 3 – situação atual dos conhecimentos e das necessidades dos profissionais entrevistados.

Profissional	Aula na Graduação	Conhece AGA	Faz avaliação funcional	Necessita Informação	Necessita instrumento
Dentista	1	5	2	5	5
Enfermeiro	4	3	4	6	6
Fisioterapeuta	3	2	3	4	3
Médico	4	6	4	7	7
Nutricionista	1	1	0	2	1
Total	13	17	13	24	22

Figura 4 – Distribuição dos profissionais segundo a realização ou não da avaliação funcional.



Fonte : a autora (2012)

Dentro da orientação prioritária de “promover saúde e bem estar até a chegada da velhice” o idoso deve ter pleno acesso ao serviço de saúde incluindo

reabilitação para melhoria da qualidade de vida da pessoa com alguma incapacidade. Para isso “os serviços de saúde devem incluir a capacitação de pessoal necessária e recursos que permitam atender as necessidades especiais da população idosa” e “instituir atendimento contínuo à saúde para atender às necessidades de idosos” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003b p.51-58).

Esses profissionais estão inseridos na atenção primária e na estratégia saúde da família, onde a questão do cuidado integral à pessoa é enfatizada. Sobre este aspecto Motta *et al*, (2005) referem que:

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 (MOTTA *et al*, 2005 p. 32).

A ampliação da Estratégia Saúde da Família, com o trabalho da equipe multiprofissional promove uma maior cobertura da população idosa e maior visibilidade da situação de fragilidade e vulnerabilidade desses indivíduos.

A construção de um sistema em rede para assistência integral ao idoso, onde uma das estruturas de cuidado é a equipe multiprofissional e interdisciplinar qualificada no suporte ao envelhecimento bem sucedido implica na articulação e a parceria das instituições formadoras com os serviços de saúde, com necessidade de mudanças no modelo de formação assentadas na prática concreta do trabalho em saúde e na reflexão crítica sobre esta prática (GOMES *et al*, 2010).

A avaliação da pessoa idosa, na ótica da atenção integral, implica em conhecer instrumentos já consagrados pelos estudiosos em gerontologia e geriatria para mensurações, quantificação de problemas, identificação de necessidades e fragilidade e permite orientar o tratamento e acompanhamento.

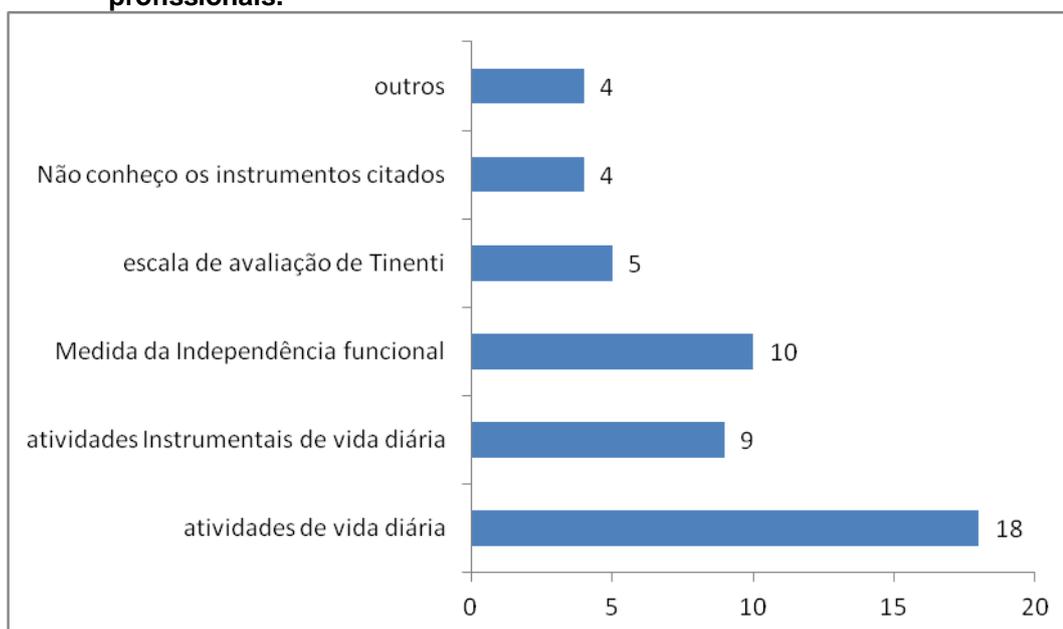
Foram relacionados alguns instrumentos utilizados para avaliação funcional do idoso, e foi perguntado quais deles o profissional realizava. A avaliação de Atividades Básicas da Vida Diária foi assinalada pela maioria dos profissionais (18). A avaliação de Atividades Instrumentais da Vida Diária foi assinalada por nove; dez profissionais realizam a Medida da Independência Funcional e cinco procedem a Escala de Avaliação de Equilíbrio e Marcha de Tinetti. Os procedimentos

relacionados são desconhecidos para quatro dos profissionais e também quatro citaram realizar outros procedimentos.

Também sobre esse aspecto citamos Motta *et al*:

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 (MOTTA *et al*, 2005, p. 51).

Figura 5- Testes para avaliação funcional do idoso conhecidos e aplicados pelos profissionais.



Fonte: a autora (2012)

Por fim, dos 25 profissionais, 24 alegaram a necessidade de mais informações a cerca da propedêutica do idoso.

Para instrumentalizar o profissional da Atenção Primária e as equipes de Saúde da Família o Ministério da Saúde disponibilizou aos gestores e na Internet, os Cadernos de Atenção Básica. A distribuição desses instrumentos é importante para a atualização e qualificação desses profissionais buscando o fortalecimento da atenção primária.

Questionou-se o conhecimento, o acesso e a avaliação dos profissionais acerca dos Cadernos de Atenção Básica, especificamente o de número 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Este material impresso consta de 192 páginas, e traz instrumentos e orientações sobre a abordagem das principais demandas de saúde da população idosa. Dos 25 profissionais 17 não conheciam o

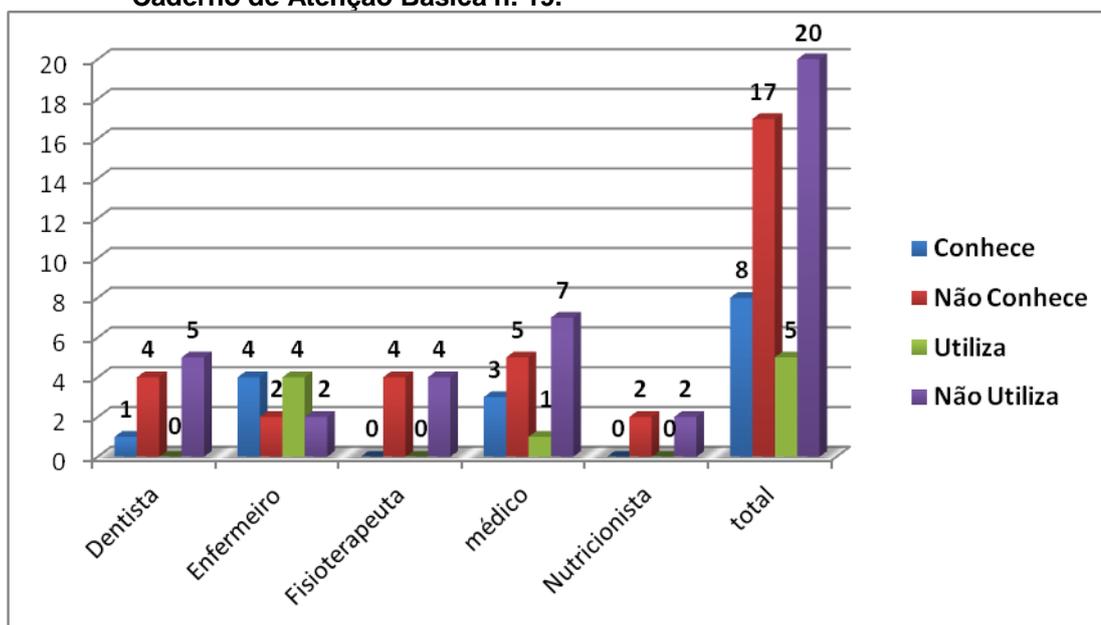
manual, apesar de ser, em tese, distribuído gratuitamente às unidades da ESF e disponível gratuitamente on-line, no site do Ministério da Saúde.

Com relação ao acesso a esse manual, quatro o obtiveram pela Secretaria Municipal de Saúde, três fizeram download da versão digital, um o adquiriu na pós-graduação.

Dos oito profissionais que conheciam o manual, cinco o utilizavam na prática diária, um médico e quatro enfermeiros, e apenas um o considera suficiente para sua prática diária.

A figura abaixo compara, por categoria profissional, o conhecimento e o uso desse material e relaciona com o número total de profissionais.

Figura 6 - Distribuição dos profissionais que conhecem ou não e utilizam ou não o Caderno de Atenção Básica n. 19.



Fonte: a autora (2012)

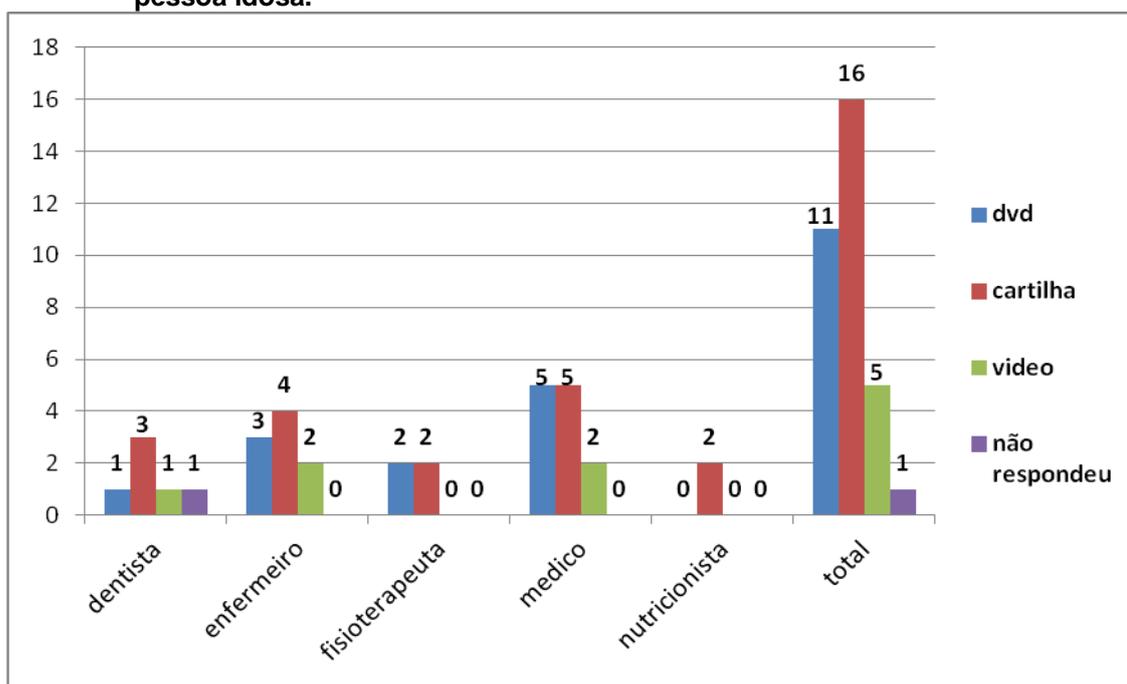
Observamos nessa situação o que referiu Regina Averbug (2003, p.15).

Um meio didático impresso pode estar tecnicamente correto, tendo passado por todas as etapas e procedimentos recomendados para a sua elaboração e, mesmo assim, não estimular o leitor, enfim, não ser significativo para ele.

Apenas três profissionais obtiveram o material didático do Ministério da Saúde por meio digital. Constatamos aqui que nem sempre os profissionais de saúde têm disponíveis as novas tecnologias de informação, como aparelhos de vídeo, DVDs e computadores no seu local de trabalho. E não basta ter acesso a essas mídias se o indivíduo não tem domínio do seu uso.

Concluindo o questionário, perguntou-se se o profissional tivesse conhecimento de um material de suporte para melhorar suas habilidades no atendimento à pessoa idosa, por qual ele optaria (figura 7). A cartilha foi a opção mais assinalada (16) nos questionários, seguido das opções DVD (11) e vídeo (05).

Figura 7: Opção de material de suporte para melhorar as habilidades na avaliação da pessoa idosa.



Fonte: a autora (2012)

Observou-se que os profissionais preferiram um meio impresso. Como já foi referido no capítulo sobre recursos didáticos, os meios impressos ainda são um dos principais meios de aprendizagem, com facilidade de transporte e utilização conforme a necessidade.

A seleção do recurso ou meio didático deve se dar conforme sua utilidade e eficiência para cada situação. Sobre essa seleção, Averbug questiona: “Os meios são compatíveis com as características socioculturais dos estudantes? Eles estão familiarizados com o uso desses meios? Eles têm acesso a esses meios?” (AVERBUG, 2003 p.14).

7.1 Elaboração do Produto

Inicialmente propôs-se a realização de um instrumento didático audiovisual, mas as respostas dos sujeitos da pesquisa geraram reavaliação da proposta.

Costa e Costa (2011, p.63) descrevem as funções de um material didático:

- Fornecer informação;
- Motivar o processo educativo;
- Exercitar habilidades;
- Proporcionar simulações;
- Avaliar conhecimentos e habilidades;
- Proporcionar ambientes para a expressão e comunicação.

Considerando as teorias de Ausubel, e os resultados da pesquisa, que mostraram que esses profissionais trazem um conhecimento prévio na sua área de atuação e estão sensibilizados para buscar novos conhecimentos, está sendo apresentado um guia prático iniciado por uma figura, que permite a percepção da funcionalidade da pessoa idosa abordada.

Esse material possibilita aos profissionais da equipe de saúde da família desenvolver a avaliação funcional do idoso de forma sistematizada no atendimento ambulatorial e domiciliar na atenção primária.

A utilização de uma imagem busca objetivar, trazer para o concreto, a avaliação multidimensional da pessoa idosa, de forma rápida, fácil e global e simultaneamente estimular a busca de novas informações e a interação da equipe multidisciplinar.

Na figura, o profissional assinala a pontuação (1, 2, 3) obtida na avaliação do idoso para cada dimensão.

É proposta a utilização da Avaliação Multidimensional Rápida (Brasil, 2006b) como instrumento para conduzir a entrevista da pessoa idosa. Cada dimensão avaliada deve ser pontuada de acordo com o grau de comprometimento: 0- incapaz ou totalmente dependente; 1- com limitação ou parcialmente dependente; 2- normal ou independente.

A seguir os pontos são ligados formando uma figura geométrica. Quanto maior a superfície da figura melhor será o estado global da pessoa avaliada. Ela poderá ser refeita periodicamente conforme o planejamento da assistência pela equipe multidisciplinar.

A confecção da figura com detecção de anormalidades remete à utilização de outros instrumentos e avaliações mais complexas e serão realizadas pelo profissional competente.

Para fins desse trabalho usou-se como referência o Caderno de Atenção Básica Nº 19 do Ministério da Saúde - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Procedeu-se uma pesquisa bibliográfica para desenvolver uma coletânea dos principais instrumentos utilizados para avaliação funcional do idoso, já consagrados e validados pela aplicação em diversos serviços de saúde pública no Brasil (Anexos D a I).

Foram incluídas tabelas que sintetizam os fatores de risco para adoecimento, os fatores de fragilização e os cinco gigantes da geriatria, já citados no capítulo 2.2, que devem ser assinalados durante a entrevista da pessoa idosa e ou seu cuidador.

Após as avaliações e a análise dos resultados dos instrumentos, a equipe pode estabelecer um plano de cuidados com os encaminhamentos necessários e tratamento conforme a situação.

O guia é complementado por um bloco contendo páginas com a figura e as tabelas com os fatores de risco, fragilização e comorbidades, e um cartaz para fixar na parede da unidade de saúde.

Para promover a integralidade na assistência à pessoa idosa, entre outros fatores, torna-se necessário que os profissionais da atenção primária tenham disponíveis tecnologias que permitam realizar avaliações mais precisas da situação de cada idoso, para planejarem as intervenções, uma vez que o processo de envelhecimento assume características particulares em cada indivíduo.

O instrumento proposto sintetiza os que já são utilizados na prática dos profissionais de saúde, podendo ser aplicado em educação continuada e permanente, autoeducação, reavaliação de prontuários e prática clínica, com ênfase na funcionalidade da pessoa idosa.

Figura 8 - Capa do Guia



Fonte: a autora (2012)

Figura 9: Página do Guia

Visualização da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa

A figura ao lado, que poderá ser anexada ao prontuário, permite uma visualização rápida e global de todas as dimensões avaliadas. Nela o profissional assinala a pontuação (1, 2 ou 3) obtida na avaliação do idoso para cada dimensão.

A seguir os pontos são ligados formando uma figura geométrica. Quanto maior a superfície da figura melhor será o estado global da pessoa avaliada. Ela poderá ser refeita periodicamente conforme o planejamento da assistência pela equipe multidisciplinar.

Cada dimensão avaliada deve ser pontuada de acordo com o grau de comprometimento: 1- incapaz ou totalmente dependente; 2- com limitação ou parcialmente dependente; 3- normal ou independente.

A confecção da figura com detecção de anormalidades remete à utilização de outros instrumentos e avaliações mais complexas, se necessário.

Após as avaliações pela equipe multiprofissional, com a identificação dos fatores de risco e dos “gigantes da geriatria”, o médico procederá à análise dos resultados dos instrumentos estabelecendo os encaminhamentos necessários e tratamento se for o caso.



Figura 10 – Página do Bloco

Avaliação Funcional da Pessoa Idosa

Nome: _____ Idade: _____

Fatores de risco	sim	não	Fatores: fragilização	sim	não	Gigantes da Geriatria	sim	não
Tabagismo			+ 75 anos			Incontinência		
Etilismo			Mora sozinho			Instabilidade Postural		
Sedentarismo			Recebe cuidado			Imobilidade		
Desnutrição			Autoavaliação ruim ou muito ruim			Incapacidade Cognitiva		
Obesidade			+ 5 agravos			Iatrogenia		
Hipertensão Arterial			5 ou + medicamentos			Incapacidade Comunicativa		
Doença cardíaca			Internação no ano			Deficiência Familiar		
Diabetes			2 ou + quedas no ano					
Dislipidemia			Comorbidades					
Osteoporose								



Fonte: a autora (2012)

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Desta maneira, a educação se re-faz constantemente na práxis. Para ser, tem que estar sendo”. (FREIRE, 2012)

Promover o envelhecimento saudável significa, entre outros fatores, valorizar a autonomia e preservar a independência física e psíquica da população idosa, prevenindo a perda de capacidade funcional ou reduzindo os efeitos negativos de eventos que a ocasionem. É importante qualificar os serviços de saúde para trabalhar com aspectos específicos da saúde da pessoa idosa (como a identificação de situações de vulnerabilidade social, a realização de diagnóstico precoce de processos demenciais, a avaliação da capacidade funcional, etc...).

Os profissionais médicos, enfermeiros e fisioterapeutas apesar de relatarem na quase totalidade contato anterior na graduação sobre propedêutica do idoso, a metade deles não conhecem ou não praticam a avaliação funcional do idoso. O número de profissionais que não praticam a avaliação funcional é maior entre os dentistas e nutricionistas, mas a maioria dos profissionais dessas categorias não teve aulas durante a graduação específicas sobre atendimento ao idoso.

Os profissionais sentem necessidade de maiores informações, atualizando seus conhecimentos sobre saúde do idoso e de um instrumento que os instrumentalize para melhorar sua prática. Inicialmente propomos a utilização de um vídeo como estratégia no processo de educação permanente da equipe de saúde, mas observamos a preferência pela cartilha. A insuficiência de aparelhos para DVD e a ausência de computadores nas unidades de saúde podem justificar a escolha dos profissionais, e avaliamos a necessidade de outra pesquisa para responder essa questão.

A abordagem da pessoa idosa na atenção primária deve ser idealmente multiprofissional e promover um diagnóstico multidimensional levando-se em conta o ambiente, o contexto familiar, os aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e socioeconômicos do idoso avaliado.

Assim, para se buscar a integralidade na assistência à pessoa idosa, torna-se necessário que os profissionais da atenção primária tenham disponíveis

tecnologias que permitam realizar avaliações mais precisas da situação de cada idoso, para planejarem as intervenções, uma vez que o processo de envelhecimento assume características particulares em cada indivíduo. E esses instrumentos devem fomentar a busca de novos conhecimentos, enfim um aprendizado significativo.

Também é necessário que tenham facilidade no acesso a tecnologias de informação e sejam atualizados e capacitados na utilização dessas tecnologias.

Mas estes instrumentos não podem ser usados isoladamente, sem prescindir da escuta qualificada, da anamnese e do exame clínico clássico. Na medicina baseada na pessoa, muda-se o foco de atenção das doenças para os problemas da pessoa que busca o cuidado.

Como as queixas podem ser numerosas e multissistêmicas é necessário que haja um tempo adequado para obtenção das queixas e revisão de sistemas, realização do exame pelo profissional e elaboração da lista de problemas, implicando, às vezes, em mais de um encontro para conclusão da avaliação do idoso.

Na atenção à pessoa idosa, o profissional da área da saúde deve se preparar para a prática de um cuidado de longo prazo, multidisciplinar, humanizado, promovendo a interação com familiares e a sociedade. A partir do conhecimento construído na sua formação e dos problemas enfrentados no cotidiano da atenção primária, o processo de educação profissional pode ocorrer, com transformação das práticas e estabelecimento da medicina centrada na pessoa e nas suas necessidades de saúde.

REFERÊNCIAS

AMARAL, José Renato G. Avaliação Global do Idoso, in **Clínica Médica: Envelhecimento e Geriatria**. Editor Wilson Jacob Filho. Volume 1. Barueri, SP: Manole, 2009. Vários editores.

Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina. **Projeto Diretrizes. Triagem e Avaliação do Estado Nutricional**. Setembro, 2011. Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/9_volume/triagem_e_avaliacao_do_estado_nutricional.pdf acesso em 22 out. 2012.

AVERBUG, Regina. **Material didático impresso para educação a distância: tecendo um novo olhar**. Colabor@ - Revista Digital da CVA – Ricesu. Vol.2 nº 5, setembro de 2003 disponível em: pead.ucpel.tche.br/revistas/index.php/colabora acesso em 04 maio 2012

BELLONI, Maria Luiza. **Ensaio sobre a educação a distância no Brasil**. Educ. Soc. [online]. 2002, vol.23, n.78, pp. 117-142. ISSN 0101-7330. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/es/v23n78/a08v2378.pdf>> acesso em 19 mar. 2012

_____. **Educação à Distância**. 4ª ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2006. 115p.

BERLEZI, Evelise Moraes *et al.* Programa de atenção ao idoso: relato de um modelo assistencial. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr-Jun; 20 (2): 368-75, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a16v20n2.pdf>> acesso em 30 ago. 2011.

BRANT R, Victória M. Discutindo o conceito de inovação curricular na formação dos profissionais de saúde: o longo caminho para as transformações no ensino médico. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 3 n. 1, p 91-121, 2005. Disponível em <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r105.pdf>> acesso em 15 maio 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Resolução cne/ces nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 nov. 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>> acesso em 03 ago 2011.

_____. DATASUS. Indicadores e dados básicos-Brasil, 2010. Indicadores de cobertura. Proporção da população que refere internação hospitalar nos últimos 12 meses. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2010/f24.def>> acesso em 01 set 2012.

_____. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Parecer nº CNE/CES 1133/2001 de 7/8/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2001b. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>> acesso em 03 out. 2010.

_____. Ministério da Educação. Parâmetros Curriculares Nacionais: Ensino Médio. Parte II. Linguagens, Códigos e suas Tecnologias. 2000. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/14_24.pdf> acesso em 14 abr.2011.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação à Distância. Referenciais para elaboração de material didático para ead no ensino profissional e tecnológico. 2007a. Disponível em <http://www.etecbrasil.mec.gov.br/gCon/recursos/upload/file/ref_materialdidatico.pdf> acesso em 01 fev. 2012

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios. 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 480 p..Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Disponível em <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf> acesso em 10 jun 2010.

_____. Ministério da saúde. Estatuto do idoso. (Série E. Legislação de Saúde). 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/estatuto_idoso2edicao.pdf> acesso em 26 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS, caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. 68p. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf> acesso em 21 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): MS; 2006a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>> Acesso em 10 abr. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>> acesso em 21 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1395/GM. Política de saúde do idoso. Brasília (DF); 1999. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/3idade>> acesso em 15 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União** de 24/10/2011, p.48, seção 1 nº 204. Disponível em <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/31709751/dou-secao-1-24-10-2011-pg-48>>. acesso em 11 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 24 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2006b. 192p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica nº 19).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Brasília, 2009b. 64 p. – (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Título I – das disposições gerais. Brasília, 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> acesso em 03 out. 2010.

BRUCKI, Sônia M. D. *et al.* Dados normativos para o teste de fluência verbal, categorias animais, em nosso meio. **Arq Neuropsiquiatr**, 1997; 55 (1): 56-61. p.60

BRUCKI, Sônia M.D. *et al.*. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr** 2003; 61:777-781.

BUSSE, Alexandre Leopold; RIBEIRO, João Paulo N. Promoção do Envelhecimento Saudável. in **Clínica Médica, Envelhecimento e Geriatria**, Ed. Wilson Jacob Filho. Barueri, SP. Editora Manole, 2009

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. Introdução in Camarano, A A org. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p.1-22.

_____; KANSO, Solange; LEITÃO e MELLO, Juliana. Como vive o idoso brasileiro. In Camarano, A. A. org. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p.25-72.

CARDOSO, Geraldo; CARDOSO, Marcia Dorcelina Trindade. Avaliação Funcional de Idosos na Estratégia Saúde da Família. **Cadernos UniFOA**, ano III, edição especial, outubro 2008. Disponível em <http://www.unifoa.edu.br/cadernos/especiais_pmv.html> acesso em 03 out 2010

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p.975-86, 2005.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P.A.; SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6.ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007 p. 53.

Costa, Marco Antonio F.; Costa, Maria de Fátima Barrozo. **Projeto de Pesquisa: entenda e faça**. 3ª ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

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. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v31n2/2170.pdf> acesso em 19 maio 2010.

CUMMINGS, Jeffrey L. Alzheimer's Disease. **N Engl J Med** 2004; 351:56-67 <<http://cognaclab.com/wp/wp-content/uploads/cummings-nejm-2004.pdf>> acesso em 24/06/2012.

DIOKNO, Ananias C; BROWN, Morton B; HERZOG, A. Regula. Sexual Function in the Elderly. **Arch Intern Med** – vol 150, January 1990 disponível em <<http://archinte.jamanetwork.com/>> acesso em 06 abr 2012.

FIGUEIREDO, Nice. As Novas Tecnologias: previsões e realidade. **Ciência da Informação**- vol. 24 n^o 1, 1995. Artigos. Disponível em <<http://revista.ibict.br/ciinf/index.php/ciinf/issue/view/1/showToc.>> Acesso em 03 ago 2012.

FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; BARRETO, Sandy Maria; LIMA-COSTA, Maria Fernanda. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. **Cad. Saúde Pública**; v. 19, n. 3, p. 817-827, mai/jun, 2003 disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15885.pdf.](http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15885.pdf)> acesso em 13/04/2011.

FONSECA, Francielle Brito; RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. **Texto contexto - enferm.** 2008 June 7(2): 365-373. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000200020&lng> acesso em 28 ago 2011.

FONSECA, Luciana Mara Monti *et al.* Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. **Esc. Anna Nery** [online]. 2011, vol.15, n.1, pp. 190-196. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/27.pdf>> acesso em 03/05/2012.

FONSECA, Walter Luiz Moraes Sampaio. **O Ensino Transversal das bases Humanísticas no Curso de Medicina do UNIFOA**. Dissertação (Mestrado) - Centro Universitário de Volta Redonda, 2009.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. [Ed. Especial] – Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

GALLO, Joseph J.; REBOK, George W. O envelhecimento bem sucedido: otimizando as estratégias para a assistência primária em geriatria, in **Reichel, assistência ao idoso. Aspectos clínicos do envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan AS, 2001. p.465-471.

GIACOMIN, Karla C *et al.* Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 24(6):1260-1270, jun, 2008. Rio de

Janeiro. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/07.pdf>> acesso em 27 maio 2010.

GIL, Célia Regina Rodrigues e col. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. **Rev. bras. educ. med.** vol.32 nº 2 Rio de Janeiro abr/jun 2008.

GOMES, Maria Paula Cerqueira *et al.* O uso de metodologias ativas no ensino de graduação nas ciências sociais e da saúde – avaliação dos estudantes. **Ciência & Educação**, v. 16, n. 1, p. 181-198, 2010. disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-73132010000100011>> acesso em 22 nov. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Sinopse do senso demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>> acesso em 28/06/2012.

JACOB FILHO, Wilson. Envelhecimento e geriatria, in **Clínica Médica**, volume 1. Barueri, SP: Manole, 2009. Vários editores.

KIKUCHI, EL. Aspectos neuropsiquiátricos do envelhecimento. in **Clínica Médica: Envelhecimento e Geriatria**. Editor Wilson Jacob Filho. Volume 1. Barueri, SP: Manole, 2009. Vários editores.

KATZ, Sidney *et al.* Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**. 1963;185(12):914-9. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=666768>> acesso em 24 jun. 2012.

LACHS, Mark S. *et al.* A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. **Ann Intern Med** 1990, **112**:699-706.

LÉVY, Pierre. **A inteligência coletiva: por uma antropologia do ciberespaço**. Trad. de Luiz Paulo Rouanet. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2007.

LEVY, Susan M. Avaliação Multidimensional do paciente idoso, in **Reichel, assistência ao idoso: Aspectos clínicos do envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan AS, 2001. p.15-29.

LOURENÇO, Roberto Alves *et al.* Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev. saúde Pública**, 2005; 39 (2): 311-8. Disponível em <<http://www.rsp.fsp.usp.br/rsp>> acesso em 30 ago. 2011.

MANN, Eva *et al.* Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in general practice: Results from a pilot study in Vorarlberg, Austria. **BMC Geriatrics**, 2004, 4:4. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/4/4>> acesso em 27 maio 2012.

MATEEV, Andrei *et al.* Use of a Short-Form Screening Procedure to Detect Unrecognized Functional Disability in the Hospitalized Elderly. **J Clin Epidemiol** Vol. 51, nº 4 pp. 309–314, 1998. Disponível em <<http://knowledgetranslation.ca/sysrev/artides/project51/Mateev1998.pdf>> acesso em 23 ago 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, Junho de 2005. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/humaniza/material-arquivo/material-de_apoio/redes%20de%20atencao%20a%20saude%20eugenio%20vilaca.pdf> Acesso em 13 jul. 2012.

MORAES, Edgar Nunes; MARINO, Marília Campos de Abreu; SANTOS, Rodrigo Ribeiro. Principais Síndromes Geriátricas. **Rev Med Minas Gerais** 2010; 20(1): 54-66. Disponível em <<http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/issue/view/24>> acesso em 26 out. 2012.

_____, Edgar Nunes; SILVA, Adriana Letícia A. Bases do envelhecimento do organismo e do psiquismo in Moraes, Edgar Nunes. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.p. 22-36.

MOREIRA, Marco Antonio; MASINI, Elsie F. Salsano. **Aprendizagem Significativa: a teoria de David Ausubel**. São Paulo: Moraes, 1982.p.4.

MOREIRA, Marco Antonio. **Subsídios Teóricos para o Professor Pesquisador em Ensino de Ciências: Comportamentalismo, Construtivismo e Humanismo**. Porto Alegre, 2009. Disponível em <<http://www.if.ufrgs.br/~moreira/Subsidios5.pdf>> acesso em 31 out 2010.

MORIN, Edgar. A Comunicação pelo Meio in **A Genealogia do Virtual: comunicação, cultura e tecnologia do imaginário**. MARTINS, Francisco Menezes e SILVA, Juremir Machado (org). Porto Alegre, 2ª edição. Sulina, 2008. P.11-19.

MOTTA, Luciana Branco; AGUIAR, Adriana Cavalcanti. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (2): 363-372, 2007.

_____, Luciana Branco. **Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso: um modelo de programa adequado às especificidades do envelhecimento**. Rio de Janeiro: CRDE UnATI UERJ, 2005. 119 p ISBN 85-87897-11-Y. Disponível em <www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/tisi.pdf> acesso em 04/12/2011> Acesso em 04 dez. 2011.

NAJAS, Myrian; YAMATTO, Talita Hatsumi. Avaliação do Estado Nutricional de Idosos. Programa de Educação Continuada Nutrição na Maturidade. Nestlé. 2008. Disponível <http://www.nestle-nutricaoodomiciliar.com.br/p_nutricao_maturidade.aspx> Acesso em 24 jun. 2012.

NERI, Anita Liberalesso. **Maturidade e Velhice: Trajetórias individuais e socioculturais**. São Paulo: Papirus, 2001.

DOS SANTOS, R. M.; MACHADO G. J. C. A didática online: propostas e desafios. **Scientia Plena** vol.6, n. 7. 2010. Disponível em <www.scientiaplena.org.br> Acesso em 05 abr. 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003a. ISBN 9241590173. Disponível em <http://www.saude.es.gov.br/download/cuidados_inovadores_das_condicoes_cronicas.pdf> acesso em 18 abr. 2012.

_____. Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002; tradução de Arlene Santos. – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003b. 49p. (Série Institucional em Direitos Humanos; v.1). Disponível em http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf. acesso em 08 set 2011.

OPAS. **Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. MORAES, Edgar Nunes. Brasília, 2012. Disponível em <<http://apsredes.org/site2012/2012/05/lancamento-da-publicacao-a-atencao-a-saude-do-idoso-aspectos-conceituais/>> acesso em 30 ago. 2012

OPAS/OMS. **Envelhecimento Activo: Uma Política de Saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília, 2005a. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf> acesso em 10 out. 2012.

OPAS/OMS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da saúde/OMS. Agosto, 2005b. Disponível em <http://www.paho.org/portuguese/ad/th/os/phc2ppaper_10-ago-05_por.pdf> acesso em 28 jul. 2012

PASINATO, Maria Tereza M., KORNIS, George E. M. Cuidados de longa duração para idosos: um novo risco para os sistemas de seguridade social. Texto para discussão nº 1371 – IPEA. Rio de Janeiro. 2009. Série seguridade social.

PELLIZZARI, Adriana *et al.* Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. **Rev. PEC**, Curitiba, v.2, n.1, p.37-42, jul. 2001-jul. 2002. Disponível em <http://files.percursosdosaber.webnode.pt/2000000195b51c5c4b8/teoria_da_aprendizagem_signifi._ausubel.pdf> acesso em 15 nov 2011.

PORTO, Celmo Celso. **Semiologia Médica**; co-editor PORTO, Arnaldo Lemos. 6ª ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

RAMOS L. R. Epidemiologia do envelhecimento in: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2002. Cap. 7, p. 72 - 78.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

SHULMAN, Kenneth I. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000; 15 (6):548-61. p.554. Disponível em: <[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1099-1166\(200006\)15:6%3C548::AID-GPS242%3E3.0.CO;2-U/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1099-1166(200006)15:6%3C548::AID-GPS242%3E3.0.CO;2-U/pdf)> acesso em 29 ago. 2012

SILVA, Ivanda Martins. Educação a distância: uma abordagem dialógica na construção de materiais didáticos impressos. **Revista Didática Sistêmica**, v. 12, n. 1, 2011 p. 21-22. Disponível em <<http://www.seer.furg.br/redis/article/view/1872>> acesso em 05 maio 2012.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; KALACHE, Alexandre; RAMOS, Luiz Roberto; VERAS, Renato Peixoto. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. **Arq Geriatr e Gerontol**, v. 0, n. 1, 1996. p. 81-89.

SIRENA, Sérgio Antonio. **Avaliação multidimensional do idoso: uma abordagem em atenção primária à saúde**. 2002. 99 p. Tese (doutorado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SIRENA, Sérgio Antonio; NICOLETTI FILHO, José. O idoso: autonomia, dependência e risco. In **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade** (PROMEF). Org. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. ciclo 3; módulo 2. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2008. p 09-52.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STEWART, Moira *et al.* **Medicina Centrada na Pessoa, Transformando o Método Clínico**, 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

TAMANINI, José Tadeu Nunes *et al.* Análise da prevalência e fatores associados à incontinência urinária entre idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). **Cad. Saúde Pública** [online]. 2009, vol.25, n.8, pp. 1756-1762. ISSN 0102-311X. <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/11.pdf>> acesso em 20 maio 2012

UNESCO. Representação no Brasil. Delors, Jacques *et al.* Um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da comissão internacional sobre Educação para o século XXI. Tradução de Teixeira, Guilherme João de Freitas. Brasília, 2010. p. 31 disponível em <www.unesco.org/brasilia> acesso em 30 jul. 2012.

ANEXOS

ANEXO A



REITORIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS/CoEPS
Registro SIPAR – Ministério da Saúde: 25.000.158.694/2007-89



CoEPS
Processo Nº 023/11
CAAE 0062.0.446.000-11
Volta Redonda, 08 de junho de 2011.

DO: CoEPS

Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos

PARA: Profª Marcilene Maria de Almeida Fonseca

Curso de Mestrado em Ensino de Ciências da Saúde e do Meio Ambiente

Prezada Professora:

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CoEPS) do UniFOA, após avaliação de análise crítica envolvendo os aspectos éticos, do projeto intitulado "**Saúde do idoso: instrumentalizando o profissional de saúde na atenção básica**", sob sua responsabilidade, esta dentro dos padrões éticos e atende a Resolução CNS 196/96, assim esta **aprovado**.

Vale ressaltar que, uma vez aprovado, o CoEPS passa a ser co-responsável pelo projeto no que tange aos aspectos éticos da pesquisa.

Em caso de **Projeto de Iniciação Científica** é necessário a análise do formulário pelo NUPE e aprovação da direção FOA/UniFOA, para dar início ao projeto.

Atenciosamente,

Profª. Rosana Ravaglia
Presidente do Comitê de Ética
UniFOA

:: www.unifoa.edu.br ::

SEDE: Campus Três Poços
Av. Paulo Erllei A. Abrantes, 1325
Três Poços – V. Redonda – RJ
CEP: 27240-000
Tel.: (24) 3340-8400

Campus Aterrado
Av. Lucas Evangelista, 862
Aterrado – V. Redonda – RJ
CEP: 27215-630
Tel.: (24) 3338-2764 / 3338-2925

Campus Colina – Anexo HSJB
R. Nossa Sra. das Graças, 273
Colina – V. Redonda – RJ
CEP: 27253-610
Tel.: (24) 3340-8400

Campus Vila
R. 31 nº 43
Vila Sta Cecília – V. Redonda - RJ
CEP 27260-530
Tel.: (24) 3348-5991

Campus Tangerinal
R. 28, nº 619
Tangerinal – V. Redonda – RJ
CEP 27264-330
Tel.: (24) 3348-1411 / 3348-1314

ANEXO B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CoEPS/UniFOA****1- Identificação do responsável pela execução da pesquisa:**

Título do Projeto: Atenção à saúde do idoso: instrumentalizando o profissional de saúde na atenção primária.

Coordenador do Projeto: Marcilene Maria de Almeida Fonseca

Telefones de contato do Coordenador do Projeto: 24- 99992754

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: UniFOA - *Campus* Universitário Olezio Galotti – Prédio 1 - Av.

Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325, Três Poços, Volta Redonda - RJ.
CEP: 27240-560

2- Informações ao participante ou responsável:

(a) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo: Proporcionar ao profissional de saúde na Atenção Primária, através de uma estratégia educativa, orientação e recursos propedêuticos para que possa realizar a avaliação funcional global do idoso.

(b) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre o procedimento.

(c) Você poderá recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Durante a entrevista você poderá recusar a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento.

(d) A sua participação como voluntário não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo a V.Sa.

(e) Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado ao participante o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometer-lo.

(g) Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

(h) Confirmando ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Volta Redonda, _____ de _____ de 20_____.

Participante:_____.

ANEXO C

Atenção à Saúde do Idoso: instrumentalizando o profissional de saúde na Atenção Básica

Contamos com sua colaboração para responder as perguntas desse questionário. Este material servirá de estudo para a dissertação de mestrado de Marcilene Almeida Fonseca e será conduzida por Maria de Fátima Alves de Oliveira, professora do PROMES do Centro Universitário de Volta Redonda. PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO, em ordem de prioridade, SE FOR O CASO. Muito obrigada!

Identificação:

1- Idade: () de 20 a 29 anos () 30 a 39anos () 40 a 49 anos () 50 a 60 anos () mais de 60 anos

2 - Gênero: M () F () 3 - Trabalho: vínculo () concurso () contrato

4 - Formação profissional: _____

5 - Tempo de formado: () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos () 11 a 15 anos () 16 a 20 anos () 21 a 25anos () 25 a 30 anos () mais de 31anos

6 - Quando ocorreu o seu primeiro contato com a Estratégia Saúde da Família (ESF)?

Durante a formação acadêmica: Na graduação () Pós-graduação ()

Durante atuação profissional: ()

7 - Você faz parte da equipe da ESF? Sim () Não()

Se você respondeu **Não**, qual sua atuação na unidade? _____

8 - Porque você procurou a ESF? Escolha ideológica() salário() status() mudança de residência ()

Tempo na ESF: _____

Formação e Educação Permanente:

1. Na graduação, você teve aula sobre abordagem, propedêutica e agravos no idoso? Sim () Não()
2. Conhece a avaliação global ou ampla do idoso? Sim () Não ()
3. Sabe proceder ao exame para a Avaliação Funcional? Sim () Não ()
4. Sente necessidade informação mais apurada sobre a saúde do idoso? Sim () Não ()
5. Sente necessidade de um instrumento de qualificação que melhore seu desempenho na propedêutica da saúde do idoso? Sim () Não ()
6. Dentre os instrumentos abaixo relacionados, assinale quais os realizados por você para avaliação funcional do idoso.
 - () Avaliação de Atividades Básicas de Vida Diária
 - () Avaliação de Atividades Instrumentais de Vida Diária
 - () Medida da Independência Funcional
 - () Escala de avaliação de Equilíbrio e Marcha de Tinetti
 - () Não conheço os instrumentos citados
 - () Outros. Quais?_____

O Ministério da Saúde disponibiliza o caderno de atenção básica sobre a saúde do idoso (Cadernos de Atenção Básica nº 19). Em relação ao caderno, responda:

7. Você o conhece? Sim () Não ()
8. Como obteve o acesso?_____
9. Você o utiliza na prática diária? Sim () Não ()
10. Você o considera suficiente para sua prática diária? S () N ()
11. Caso você tivesse conhecimento de um material de suporte em relação ao atendimento ao idoso, este deveria ser vídeo () cartilha () DVD () outros ()
Quais?_____

ANEXO D

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA

Área avaliada	Avaliação funcional	Resultados/intervenções
NUTRIÇÃO	Peso atual: _ kg Altura: _ m IMC = ____	Refere perda de peso mais de 4 kg no último ano, sem razão específica? Ou apresenta IMC < 22 ou > 27. Avaliação médica e nutricionista.
VISÃO	Dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária por problemas visuais?	Se sim, aplicar o cartão de Jaeger ou Snellen incapacidade de ler além de 20/40 com óculos. Encaminhar ao oftalmologista.
AUDIÇÃO	Sussurrar :“qual é o seu nome?” a 33 cm de cada ouvido com a face do examinador fora do campo visual da pessoa.	Se não responde, verificar cerume; se ausente, encaminhar para médico.
ATIVIDADE SEXUAL	Tem algum problema na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?	Se sim, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade. Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados. Encaminhar para o médico/psicólogo.
HUMOR/DEPRESSÃO	Sente-se triste ou desanimado/a frequentemente?	Se sim, aplicar a Escala de Depressão Geriátrica.
COGNIÇÃO E MEMÓRIA	Solicitar que repita 3 palavras: mesa, carro, tijolo; após 3 minutos repetir	Se for incapaz de repetir os 3 nomes, aplique o MEEM. Se necessário pode ser aplicado o teste do Relógio, teste de fluência verbal. Avaliação médica
CONTINÊNCIA	Perde urina ou fica molhado/a? Sim, pergunte: Quantas vezes? Isso provoca algum incomodo ou embaraço? Definir quantidade e frequência.	Isto aconteceu em pelo menos 6 (seis) dias separados? Incontinencia; encaminhar ao médico.
FUNÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES	Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: Ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um objeto sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.	Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Avaliação médica com exame de músculos, articulações e nervos. Considerar possibilidade de fisioterapia
FUNÇÃO DE MEMBROS INFERIORES	É capaz de: Levantar da cadeira; Caminhar 3,5m: voltar e sentar (teste “get up and go”). Observar equilíbrio, início e manutenção da marcha, amplitude de movimentos, e queixa ou fácies de dor.	Observar se não levanta, não anda ou demora a retornar. Teste de Romberg. Avaliação musculoesquelética e neurológica. Considerar possibilidade de fisioterapia
ATIVIDADES DIÁRIAS	Sem auxílio, é capaz de: Sair da cama? Vestir-se? Preparar suas refeições? Fazer compras? Se for incapaz, determinar a razão; diferenciar limitação física e falta de motivação.	No caso de incapacidade, solicitar informações aos familiares; instituir intervenções médicas, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar escalas de AVDs e AIVDs Independente - 3; dependência parcial - 2; totalmente dependente - 1.

DOMICILIO	<p>Na sua casa há: Escadas? Tapetes soltos?</p> <p>Corrimão no banheiro?</p> <p>Sofreu quedas no último ano?</p>	<p>Avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias. Orientar prevenções de quedas.</p> <p>+ 2 quedas- testes para avaliação função membros inferiores e equilíbrio e avaliação de problemas clínicos.</p>
SUPORTE SOCIAL	<p>Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado?</p> <p>Quem poderia ajudá-lo/a?</p> <p>Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo/a Sr/a caso não seja capaz de fazê-lo?</p>	<p>Identificar, no prontuário da família, ou com o agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de pessoas que possam apoiá-lo/a.</p>

Adaptado de Brasil. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica nº 19, 2006.

ANEXO E

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

ATIVIDADE	INDEPENDÊNCIA	DEPENDÊNCIA
Tomar banho	Banha-se sem assistência ou supervisão ou necessita alguma assistência para banhar apenas uma parte específica do corpo ou extremidade com deficiência.	Não se banha sozinho, ou necessita de ajuda para entrar na banheira ou banhar mais de uma parte do corpo.
Vestir-se	Pega as roupas em armários e gavetas, e se veste sem assistência ou supervisão (roupas externas e íntimas, cintos e fechos incluídos), exclui-se assistência para amarrar os sapatos.	Não se veste sozinho ou permanece parcialmente vestido.
Usar o banheiro	Vai ao banheiro, senta e levanta do vaso sanitário, faz a higiene e arruma a sua roupa sem assistência ou supervisão. Maneja o uso de pinicos e comadres à noite e a utilização de equipamento mecânico para ajuda.	Não vai ao banheiro ou necessita supervisão ou assistência para ir ao banheiro, usar o sanitário ou o pinico (comadre), fazer a higiene ou arrumar a roupa.
Transferência	Deita-se e levanta-se da cama ou senta-se e levanta-se da cadeira sem supervisão ou assistência. Pode usar equipamentos para apoio.	Não executa transferências ou necessita de supervisão ou assistência para deitar ou sentar e levantar da cama ou cadeira.
Controle esfinteriano	Total autocontrole dos atos de evacuar e urinar.	Incontinência parcial ou total urinária ou fecal; controle parcial ou total por meio de enemas ou cateteres; controle do uso de comadres ou pinicos por outros; perdas ocasionais.
Alimentar-se	Leva a comida do prato à boca sem supervisão ou assistência. Os atos de preparar o alimento, cortar carnes e passar manteiga no pão são excluídos da avaliação.	Necessita supervisão ou assistência para levar a comida à boca; não come ou necessita de sondas ou alimentação parenteral.
<p>A avaliação deve ser baseada no real desempenho da pessoa idosa, e não na sua capacidade. Quando o idoso se recusa a executar a função ela é considerada não executada, mesmo ele sendo capaz.</p>		
<p>A- Independente para todas as atividades. B- Dependente para uma atividade. C- Dependente para banhar-se e mais uma. D- Dependente para banhar-se, vestir-se e mais uma.</p>		<p>E- Dependente para banhar-se, vestir-se, usar o banheiro e mais uma. F- Dependente para banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, fazer transferências e mais uma. G- Dependente para todas as atividades. OUTRAS- Dependente em pelo menos duas atividades, mas não classificadas como C, D, E ou F.</p>

Adaptado de KATZ, Sidney *et al.*. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**. 1963;185(12):914-9.

Adaptado de: BRASIL. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica nº 19. Brasília, 2006

ANEXO F

ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA

Atividade (O Sr/Sra. consegue...)	Sem ajuda	Com ajuda parcial	Não consegue
Usar o telefone	3	2	1
Ir a lugares distantes usando algum transporte, sem planejamentos especiais	3	2	1
Fazer compras	3	2	1
Preparar suas próprias refeições	3	2	1
Arrumar a casa	3	2	1
Fazer pequenos reparos e trabalhos manuais domésticos	3	2	1
Lavar e passar sua roupa	3	2	1
Tomar remédios na dose e horários corretos	3	2	1
Cuidar das suas finanças	3	2	1
Total			
As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.			
Pontuação máxima: 27.			

Adaptado de: BRASIL. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica nº 19. Brasília, 2006

ANEXO G

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM ou Mini-Mental)

Orientação Temporal:	Que dia é hoje - Do mês? da semana? Qual o mês? Qual o ano? Qual a hora aproximada (ou estação do ano)?	5 pontos
Orientação espacial:	Onde estamos? local específico, local genérico, bairro, cidade, estado.	5 pontos
Memória imediata:	repetir – PERA, MESA, CENTAVO – <i>considerar apenas a primeira tentativa, apesar de até três repetições poderem ser feitas para aprendizado se houver erros.</i>	3 pontos
Atenção e cálculo:	100 – 7 sucessivos (93-86-79-72-65) ou soletrar a palavra “MUNDO” de trás para frente – <i>considerar se o paciente errar, mas se corrigir espontaneamente.</i>	5 pontos
Memória de Evocação:	Lembrar os três objetos (mesa, pera, centavo)	3 pontos
Linguagem:	Mostrar objetos e pedir para nomear (caneta e relógio)	2 pontos
	Repetir: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”	1 ponto
	Obedecer à ordem: “PEGUE O PAPEL COM A MÃO DIREITA, DOBRE-O AO MEIO E COLOQUE-O NO CHÃO” – <i>não dar dicas no meio da tarefa.</i>	3 pontos
	Ler e obedecer: “FECHE OS OLHOS” – <i>peça para fazer o que está escrito.</i>	1 ponto
	Escrita: pedir para escrever uma frase.	1 ponto
	Praxia construtiva: copiar o desenho:	
<p>ESCORE POR ESCOLARIDADE: + 7 anos: 28 a 30; de 4 a 7 anos: 24; 1 a 3 anos: 23; analfabetos: 19. Abaixo desses valores para cada nível de escolaridade, indica necessidade de referência para especialista.</p>		

Adaptado de: BRUCKI Sonia M. D. *et al.* Sugestões para o uso do Miniexame do Estado Mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr** 2003; 61:777-781.

Adaptado de :BRASIL. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica nº 19. Brasília, 2006.

ANEXO H

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (DE YESAVAGE)

		<i>SIM</i>	<i>NÃO</i>
1) Em geral, você está satisfeito com sua vida?		0	1
2) Você acha sua vida vazia?		1	0
3) Você abandonou muitas de suas atividades?		1	0
4) Você se aborrece com frequência?		1	0
5) Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?		0	1
6) Você tem medo que algo de ruim lhe aconteça?		1	0
7) Sente-se alegre a maior parte do tempo?		0	1
8) Sente-se desamparado com frequência?		1	0
9) Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?		1	0
10) Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?		1	0
11) Acha que é maravilhoso estar vivo agora?		0	1
12) Considera inútil viver como vive agora?		1	0
13) Sente-se cheio de energia?		0	1
14) Você acha que sua situação não tem solução?		1	0
15) Você considera que a maioria das pessoas vive melhor que você?		1	0
Somas			
Avaliação	<i>Normal</i>	<i>Até 5</i>	Total
	<i>Depressão Leve</i>	<i>6 a 10</i>	
	<i>Depressão severa</i>	<i>11 a 15</i>	

Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, 2006.

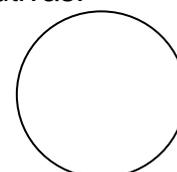
ANEXO I

TESTES COGNITIVOS COMPLEMENTARES

Teste do Relógio (Shulman, 1996).

Dar ao paciente uma folha de papel em branco e solicitar que desenhe o mostrador de um relógio com números; a seguir desenhar os ponteiros marcando uma hora estipulada, por exemplo, 11.10 h. Avalia memória e funções executivas.

Para a pontuação o examinado utiliza os seguintes critérios:



- 0- Inabilidade absoluta de representar um relógio;
- 1- O desenho tem algo a ver com o relógio, mas com desorganização espacial grave;
- 2- Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, confusão esquerda/direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso;
- 3- Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora;
- 4- Pequenos erros espaciais com dígitos e horas corretos;
- 5- Relógio perfeito.

Fonte: Shulman, Kenneth I. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000; 15 (6):548-61. p.554.

Teste da Fluência Verbal

Pedir à pessoa idosa para dizer o maior número possível de animais ou plantas no tempo de um minuto. Indivíduos analfabetos ou com menos de oito anos de escolaridade devem evocar no mínimo nove animais e os com 8 anos ou mais devem evocar no mínimo 13 (Brucki *et al*, 1997). Não pontuar se houver apenas flexão de gênero ou discriminação de animais da mesma classe (por exemplo, “passarinho”, “beija-flor” – pontuar apenas “passarinho”).

Fonte: BRUCKI, *et al*. Dados normativos para o teste para o teste de fluência verbal, categoria animais em nosso meio. *Arq Neuropsiquiatr*, 1997; 55 (1): p.60