



UNIVERSIDADE DO VALE DO TAQUARI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ENSINO

**CONTRIBUIÇÕES DO ENSINO DA GERIATRIA PARA A
PRÁTICA MÉDICA**

Paula Conceição Gonçalves Serra Azul

Paripiranga/BA, novembro de 2020

Paula Conceição Gonçalves Serra Azul

CONTRIBUIÇÕES DO ENSINO DA GERIATRIA PARA A PRÁTICA MÉDICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino, da Universidade do Vale do Taquari, como parte da exigência para a obtenção do grau de Mestre em Ensino, na linha de pesquisa Recursos, Tecnologia e Ferramentas no Ensino.

Orientadora: Profa. Dra. Marli Teresinha Quartieri

Paripiranga/BA, novembro de 2020

CONTRIBUIÇÕES DO ENSINO DA GERIATRIA PARA PRÁTICA MÉDICA

A Banca Examinadora abaixo _____ a Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino, como parte da exigência para obtenção do grau de Mestre em Ensino, na linha de pesquisa Recursos, Tecnologia e Ferramentas no Ensino.

Profa. Marli Teresinha Quartieri - Orientadora
Universidade do Vale do Taquari- UNIVATES

Dr. Rogério José Schuck
Universidade do Vale do Taquari - UNIVATES

Dra. Silvana Neumann Martins
Universidade do Vale do Taquari - UNIVATES

Dra. Claudete Moreschi
Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI
Câmpus Santiago

Paripiranga/BA, novembro de 2020

Dedico este trabalho aos meus pais, que sempre incentivaram os meus estudos, ao meu esposo, pelo estímulo diário e compreensão e às minhas filhas, que são luz em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ser médica sempre foi um sonho de criança, entretanto a docência nunca esteve em meus planos. Realizar um mestrado, então, era algo inimaginável. A vontade de auxiliar na formação de futuros médicos, estimulando-os a um atendimento humanizado, me fez abraçar essa causa. A realização deste trabalho foi um grande desafio, o qual não teria se concretizado caso não houvesse a ajuda de muitas pessoas. Agradeço, primeiramente, a Deus pelo dom da vida e por me permitir exercer profissões tão gratificantes. À minha orientadora, professora Marli Quartieri, por acreditar em mim e pela paciência em me conduzir de forma brilhante. Agradeço também aos meus pais e irmãs pelos incentivos diários, principalmente à minha mãe, por cuidar tão bem de minhas filhas, quando precisei me ausentar. Obrigada ao meu esposo pelo amor, companheirismo, paciência e motivação. Por fim, agradeço às minhas filhas por serem o brilho e a alegria da minha vida.

RESUMO

Em países desenvolvidos, idoso é, de acordo com a definição cronológica, o indivíduo com idade superior a 65 anos. Já em países em desenvolvimento, como o Brasil, considera-se idoso o indivíduo com mais de 60 anos. Acerca desse assunto, é preciso considerar que o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Segundo projeções do IBGE (2018), no ano de 2031, haverá mais idosos do que jovens no país. Essa tendência implica uma demanda aumentada de profissionais especializados e/ou com formação básica para atendimento desse grupo populacional. Entretanto, o Brasil não está preparado para atender às necessidades de saúde dessa população, pois o currículo de menos da metade das instituições de ensino médico do país contempla conteúdos acerca do processo do envelhecimento. Assim, buscou-se, com esta pesquisa, investigar as contribuições do ensino da Geriatria na graduação médica e suas consequências para a prática profissional. Para isso, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com alunos de uma faculdade de Medicina do interior da Bahia, e com profissionais médicos que trabalham com idosos. A partir das entrevistas, emergiram dados que foram agrupados em três categorias. A primeira, intitulada 'A importância do ensino da Geriatria na graduação médica', discutiu a percepção dos alunos e profissionais médicos entrevistados acerca da necessidade do ensino da Geriatria na graduação. A segunda categoria, denominada 'Perspectivas sobre o ensino da Geriatria na graduação médica', abordou a forma como a Geriatria deve ser ensinada, os profissionais que devem estar à frente da docência e a estruturação do currículo. Já a terceira, intitulada 'Consequências da ausência da Geriatria na graduação na prática médica', contemplou as dificuldades encontradas por profissionais médicos e os obstáculos que os egressos provavelmente terão que enfrentar, baseando-se em currículos que, de um modo geral, não são estruturados para atender às necessidades de saúde do idoso de uma forma global. Por meio do estudo, constatou-se que o ensino de Geriatria deveria ser obrigatório nas instituições de Medicina, que o conteúdo teria que ser visto durante vários semestres do curso e que a teoria deveria ser ensinada atrelada à prática, objetivando um atendimento humanizado e centrado nas necessidades de saúde do idoso.

Palavras-chave: Ensino. Geriatria. Egressos. Prática Médica.

ABSTRACT

Elderly, according to the chronological definition, is the individual aged over 65 years in developed countries and older than 60 years in those in development, such as Brazil. Population aging is a worldwide phenomenon. According to IBGE projections (2018), in the year 2031 there will be more elderly people than young people in the country. This trend implies an increased demand for specialized professionals and / or with basic training to serve this population group. However, Brazil is not prepared to meet the health needs of this population. Less than half of the country's medical education institutions have content about the aging process. Thus, this research sought to investigate the contributions of Geriatrics teaching in medical graduation and its consequences for professional practice. For this, semi-structured interviews were carried out with students from a medical school in the interior of Bahia, and with doctors who work with the elderly. From the interviews, data emerged that were grouped into three categories. The first, entitled The Importance of teaching geriatrics in medical graduation, discussed the perception of students and doctors interviewed about the need for teaching geriatrics in graduation. The second category called Perspectives on the teaching of geriatrics in medical graduation, addressed the way that geriatrics should be taught, the professionals who should be in charge of teaching and the structuring of the curriculum. The third, entitled Consequences of the absence of geriatrics in undergraduate medical practice, contemplated the difficulties encountered by medical professionals and the obstacles that graduates are likely to face, based on curricula that, in general, are not structured to meet the health needs of the elderly globally. Through the study, it was found according to the subjects of this research, the teaching of geriatrics must be mandatory in medical institutions, the content must be seen during several semesters of the course and the theory must be taught linked to practice, aiming at a humanized care focused on the health needs of the elderly.

Keywords: Teaching. Geriatrics. Graduates. Medical Practice.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Relação de teses e dissertações sobre o tema "Geriatría na graduação médica"	46
Quadro 2 - Características dos alunos entrevistados.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problema
ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AJIS	Associação de Jovens para Integração Social
AMB	Associação Médica Brasileira
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CREASI	Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DM	Diabetes Mellitus
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAMED	Faculdade de Medicina de Maceió
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IAGG	International Association on Gerontology and Geriatrics
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IE	Índice de Envelhecimento
ILPI	Instituição de Longa Permanência
MEC	Ministério da Educação
NASF	Núcleos de Apoios da Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde

OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEA	Unidades de Ensino e Aprendizagem
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 APROXIMAÇÕES TEÓRICAS.....	20
2.1 O envelhecimento humano: conceitos e representações.....	20
2.2 Transições demográficas e epidemiológicas	23
2.3 Políticas de saúde para a população idosa.....	27
2.4 Geriatria e Gerontologia.....	32
2.5 Diretrizes curriculares dos cursos de Medicina do Brasil	37
2.6 Mapeamento de estudos realizados	45
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	53
3.1 Caracterização da pesquisa.....	53
3.2 Contexto do campo da pesquisa.....	54
3.3 Os sujeitos da pesquisa	56
3.4 Coleta de dados.....	58
3.5 Análise dos dados.....	59
4 O ENSINO DA GERIATRIA NA GRADUAÇÃO MÉDICA: IMPORTÂNCIA, DESAFIOS E PERCEPÇÕES	61
4.1 Importância do ensino da Geriatria na graduação médica.....	61
4.1.1 Envelhecimento populacional	62
4.1.2 Diferenciação do que é patológico e fisiológico do envelhecimento	67
4.1.3 Reconhecimento das particularidades dos idosos	72
4.1.4 Identificação de doenças prevalentes.....	79
4.2 Perspectivas sobre o ensino da Geriatria na graduação médica	85
4.3 Consequências da ausência do ensino de Geriatria na graduação na prática médica	96

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICE A – Entrevista semiestruturada destinada aos sujeitos de pesquisa (estudantes).....	116
APÊNDICE B – Entrevista semiestruturada destinada aos sujeitos de pesquisa (médicos).....	117
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	118
ANEXO 1 – Diretrizes apresentadas no Fórum de Ensino em Geriatria e Gerontologia.....	119
ANEXO 2 – Diretrizes apresentadas no Fórum de Ensino em Geriatria e Gerontologia.....	120

1 INTRODUÇÃO

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), idoso é toda pessoa com idade de 60 anos ou mais. Entretanto, para efeito de formulação de políticas públicas, esse limite pode variar de acordo com as condições sociais e econômicas de cada país. Em países desenvolvidos, são considerados idosos os indivíduos com 65 anos ou mais, já naqueles em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, esse limite é de 60 anos.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Uma população torna-se mais idosa à medida que a proporção de indivíduos idosos aumenta e a de jovens reduz. Segundo Miranda, Mendes e Silva (2016), esse processo vem ocorrendo devido à redução das taxas de fecundidade e mortalidade e devido ao aumento da expectativa de vida, que se deu de forma lenta e progressiva. Esse aumento da expectativa de vida ocorreu, principalmente, devido ao controle de doenças infectocontagiosas e em razão da melhora das condições sociais e de saneamento. Com isso, as pessoas passaram a viver mais e, por consequência, houve aumento de doenças crônico-degenerativas (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Segundo dados do IBGE (2018), entre 2012 a 2017, o país registrou um aumento de 4,8 milhões de idosos, superando a marca total de 30,7 milhões de idosos em 2017. O aumento da população idosa foi percebido em todas as unidades federativas, sendo que os valores mais expressivos foram nos estados do Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Já o Amapá registrou o menor índice de crescimento. Na Bahia, o Índice de Envelhecimento (IE), que é a razão entre os componentes etários extremos da população, representado por idosos e jovens, foi de 38,12% (IBGE, 2018).

De acordo com projeções do IBGE (2018), há uma transição confirmada na pirâmide populacional do Brasil, que deixará de ter uma base larga (maior proporção de jovens) para ter uma base estreita com o topo ampliado (maior proporção de idosos). Observa-se, nesse sentido, que uma população é considerada idosa quando o seu topo se torna maior do que a sua base, ou seja, quando o IE é igual ou superior a 100. Segundo as projeções, o envelhecimento vai ocorrer em 2031, quando o número de jovens será de 42,3 milhões (0 – 14 anos) e o de idosos será de 43,3 milhões (60 anos ou mais). Nessa data, pela primeira vez, o IE será maior do que 100, ou seja, haverá 102,3 idosos para cada 100 jovens (IHU ON-LINE, 2010).

Diante desse cenário de envelhecimento populacional, surgem demandas para as quais o sistema de saúde precisa se organizar (FREITAS, 2017). Ou seja, aumento do número de idosos precisa ser acompanhado de perto, para que a melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida sejam garantidas. No entanto, ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e sobre as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública no contexto social do Brasil. Por isso, o país ainda não está preparado para atender às demandas dessa população.

Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) (2014), apesar de avanços, como a aprovação do Estatuto do Idoso, a realidade é que os direitos e as necessidades dos idosos ainda não são plenamente atendidos. No que diz respeito à saúde do idoso, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não está preparado para amparar adequadamente esta população.

As unidades de atenção básica, “porta de entrada” do idoso no sistema, ainda têm muito a melhorar. Os profissionais da saúde, treinados para atender crianças, gestantes e adultos, de um modo geral, têm um olhar fragmentado acerca do idoso e não foram capacitados para atendê-lo de maneira integral. De acordo com a SBGG (2014), o idoso possui diversas particularidades e é necessário que os profissionais estejam preparados para reconhecê-las. As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF), por sua vez, estão incompletas e insuficientes para atender essa parcela da população.

Também há deficiência na quantidade de profissionais, na estrutura física e na rede de exames complementares para atender à necessidade de saúde dos idosos, gerando demora acentuada no atendimento, o que acaba levando à piora do quadro clínico. Assim, quando são avaliados os mais velhos, muitas vezes, já estão em

situação mais grave e acabam sendo levados para as emergências/urgências (SBGG, 2014).

Para Motta e Aguiar (2007), a transição demográfica e epidemiológica pode trazer consequências para a educação do profissional da área da saúde, uma vez que o cuidado e o tratamento para os idosos já não se baseiam somente na doença, mas sim, em fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Também é necessário considerar que o envelhecimento não ocorre de forma homogênea para todos, tornando necessário um atendimento às necessidades específicas que devem ser avaliadas e compreendidas por profissionais capacitados (GALERA *et al.*, 2017).

A capacitação dos profissionais deve ocorrer para todos aqueles que lidarão direta ou indiretamente com o idoso, ou seja, profissionais da área de saúde, como enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, nutricionista, assistente social etc. De acordo com Buarque (2017), quando se fala de capacitação profissional na graduação, é necessária uma interpretação que vá além de médico e paciente, pois os fatores ligados à doença podem ser físicos, psicológicos e sociais. Depende, inclusive, do ambiente em que o idoso vive, as pessoas que fazem parte do seu círculo de amizades e as relações com familiares e inúmeras outras.

De um modo geral, recém-egressos das faculdades de Medicina não dispõem de competências mínimas¹ para a assistência ampliada do idoso, o que pode implicar, entre outros fatores, o retardo da identificação das situações de risco para a fragilização, isto é, risco de perda de autonomia e independência, a não utilização de medidas preventivas e de suporte, e a ausência de trabalho em equipe (GALERA *et al.*, 2017). A formação em Geriatria (especialidade médica que atende os idosos) deve preparar profissionais à adequada atenção aos idosos. Deve incorporar, portanto, subsídios da Gerontologia (disciplina que estuda o envelhecimento), que se caracteriza como um campo de saber onde a prática do trabalho em equipe é central, a interdisciplinaridade é inerente e a intersetorialidade está contida em sua definição (MOTA; AGUIAR, 2007).

Diante desse contexto, é imprescindível às instituições de ensino formarem um profissional que esteja preparado para os diferentes tipos de situações, compreendendo que cada paciente é único e cada caso deve ser tratado com exclusividade, pois os fatores que o compõem podem ser dos mais simples aos mais

¹ As competências mínimas serão discutidas na seção 2.4

complexos. Assim, a universidade pode e deve utilizar outras disciplinas para aprimorar o ensino e proporcionar um entendimento maior sobre as causas que podem levar um paciente idoso a adoecer.

Entende-se que é de extrema importância o estudo de Geriatria na graduação médica, em razão do aumento significativo da população idosa e escassez de profissionais capacitados para atender este público. Sob esse viés, constituiu-se como tema desta pesquisa: *o ensino da Geriatria na graduação médica*.

Muitos médicos saem da faculdade de Medicina para atuar diretamente com idosos. Vários deles nem ao menos estudaram na graduação sobre essa população e suas particularidades, o que pode interferir na condução do caso, culminando, muitas vezes, no óbito do paciente. Assim, o intuito desta pesquisa foi responder ao seguinte problema: *Como o ensino da Geriatria, no curso de Medicina, pode contribuir para as práticas médicas?*

Desse modo, objetivou-se compreender as contribuições do ensino da Geriatria na graduação médica e suas consequências para a prática profissional. Para alcançar esse objetivo geral, foi necessário definir os seguintes objetivos específicos:

- Analisar o entendimento dos alunos de Medicina de uma faculdade do interior da Bahia, em relação às contribuições do ensino da Geriatria para a futura prática profissional;
- Investigar, junto a profissionais médicos, a importância do ensino da Geriatria na prática médica.

O tema desta pesquisa, que está voltado para as contribuições do ensino da Geriatria na graduação médica, decorreu de inquietações que emergiram durante a minha formação médica e que ganharam robustez após ingresso na faculdade de Medicina. De início, convém referir que a opção pela Medicina se deve ao fato de, desde a minha infância, sempre tive o desejo de ser médica e, durante muito tempo, mesmo antes de ingressar na faculdade, pensei em fazer cirurgia cardíaca. Por volta dos dezessete anos, como gostava muito de ouvir e cuidar dos idosos, comecei a pensar na possibilidade de fazer Geriatria. No segundo semestre de 2002, aos 19 anos, entrei na faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Embora soubesse desde o início da faculdade que queria me especializar em Geriatria, sempre procurei conhecer com profundidade todas as especialidades. Afinal, um dos motivadores para a escolha da Medicina foi o entendimento e atendimento global do indivíduo.

A Geriatria não era disciplina obrigatória no curso que frequentei, mas como me identificava muito com esta disciplina, resolvi cursá-la como disciplina opcional. Infelizmente, essa experiência foi frustrante, pois a professora coordenadora da disciplina não era geriatra, apenas tinha feito pós-graduação na área, algo bastante comum na época. Entretanto, acredito que sua falta de formação na área não foi o fator principal do meu descontentamento, mas sim a forma com que realizava seus atendimentos: eu observava que tratava doenças, não as pessoas; não cuidava das múltiplas dimensões do ser.

Anos após, ainda na graduação, fiz prova para a seleção em um estágio supervisionado no Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (CREASI). Para a minha felicidade, fui selecionada. Foram dois anos em que tive contato direto com a Geriatria e acompanhei como efetivamente deveria ser um atendimento geriátrico – multiprofissional e multidisciplinar. Aprendi a realizar o atendimento amplo do idoso, lançando um olhar para a sua funcionalidade, para a saúde mental e física e também para a família. Não tive dúvidas de que era aquilo que queria para a minha vida.

Tempo depois, fui selecionada para a Liga de Geriatria e Gerontologia da Bahia. Durante o período em que atuei na Liga, até a minha formatura em 2008, participei de ambulatórios de Geriatria e coordenei aulas, palestras, atividades e simpósios na área. Cada vez mais tinha certeza de que estava tomando a decisão correta.

No segundo semestre de 2008, me formei e realizei a prova para a residência em Clínica Médica, pré-requisito para a residência de Geriatria. Cursei Clínica Médica entre os anos 2010 e 2011, findando o curso no início de 2012. Durante a minha residência de clínica, passei por diversas especialidades, como gastroenterologia, reumatologia, cardiologia etc. No entanto, para a minha frustração, não tive a oportunidade de atuar em Geriatria, pois esta área não estava contemplada na matriz curricular.

Então, em 2013, fui aprovada para a residência médica em Geriatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Durante a minha residência, me identifiquei muito com a especialidade, principalmente com área de cuidados paliativos. Percebi, diferente da crença que trazia da faculdade, que nosso papel não se restringe a salvar vidas, mas sim a dar qualidade de vida ao indivíduo, independentemente da circunstância, por meio de um olhar diferenciado ao

ser. Concluí o curso no início de 2015. Ainda neste ano, fui aprovada na prova de título em Geriatria e Gerontologia aplicada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Em 2015, retornei à cidade de Senhor do Bonfim, Bahia, onde resido até o momento e exerço a atividade de geriatra. Em abril de 2018, fui convidada a lecionar em uma faculdade do interior da Bahia, onde leciono módulos sobre Habilidades Clínicas e Geriatria.

Embora já soubesse antes mesmo de ingressar na faculdade de Medicina que queria ser geriatra, tive dificuldades no contato com a população idosa e no desenvolvimento de habilidades para o seu atendimento. Acredito que isso seja resultado da falta de qualificação durante a graduação, haja vista que a Geriatria não era disciplina obrigatória no curso que realizei, como já foi dito. Os professores falavam insuficientemente sobre o cuidado com o idoso e, quando falavam, não havia um respaldo teórico, tratando sobre o assunto a partir de percepções pessoais. Pouco vi na graduação sobre o atendimento multi e interdisciplinar ao idoso. O conhecimento que adquiri foi a partir do estágio que fiz no serviço de referência de Geriatria e das atividades realizadas na Liga de Geriatria, todas atividades extracurriculares.

Cabe salientar que, no ano seguinte à minha formação, exerci atividade médica em unidades de emergência e básicas de saúde, fato que se repetiu após a residência de clínica médica. Ao exercer tais atividades, me deparei inúmeras vezes com indivíduos idosos e não foram incomuns os momentos em que me senti insegura em relação ao seu atendimento. O pouco conhecimento que tinha na área não foi adquirido na faculdade, o que me deixava decepcionada com o curso.

Hoje, ao ter um conhecimento mais amplo acerca do idoso, deparo-me frequentemente com profissionais que desconhecem as particularidades desse grupo de indivíduos e que, muitas vezes, são iatrogênicos, extrapolando condutas indicadas à população adulta jovem aos idosos. Por isso, desde que me tornei docente, comecei a pensar sobre a necessidade de discorrer, em minhas aulas, temas relevantes para a prática de médicos que, futuramente, atenderão idosos, independentemente, da escolha de suas especialidades – exceto no caso da pediatria, que dificilmente atuará com idosos. Procuro, frequentemente, trabalhar temas como apresentação atípica das doenças no idoso, doenças mais prevalentes, peculiaridades na comunicação, anamnese, exame físico, diagnóstico e tratamento. Além dos conhecimentos técnicos, procuro demonstrar aos estudantes o quão é importante um atendimento médico

voltado à pessoa e embasado no cuidado, amor e atenção. Acredito que, antes de formarmos profissionais que dominam os conhecimentos médicos, devemos nos comprometer a trabalhar temas relacionados a um atendimento humanizado, individualizado e conectado às necessidades sociais e de saúde do indivíduo.

Além disso, durante as aulas, procuro sensibilizar os meus alunos para perceberem que seus futuros pacientes idosos poderão ser um familiar, um amigo e que, independentemente do grau de parentesco ou afinidade, devem ser vistos e compreendidos em todas as suas dimensões. Afinal, a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) assegura, em seu art. 2º, direitos que garantem oportunidades para a preservação de sua saúde física e mental, bem como seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade.

Tendo em vista o envelhecimento populacional, conforme apresentado no início deste capítulo, é importante despertar a curiosidade dos acadêmicos de Medicina para o cuidado com o idoso, o respeito às suas crenças, culturas, ideologias, sonhos e desejos. Esses futuros médicos devem perceber que o contato com o idoso durante a graduação tem um papel importante no seu aprendizado, contribuindo, além da assimilação de conteúdo, para o desenvolvimento de competências e habilidades relacionadas a um atendimento de qualidade. Tal contato com o idoso, com sua experiência e diversas vivências, tem muito a auxiliar o ensino do futuro médico.

Diante do exposto, justifica-se a escolha do tema deste trabalho e a tentativa de estabelecer discussões pertinentes ao ensino médico e aos respectivos conhecimentos acadêmicos inseridos na graduação referentes ao envelhecimento humano e ao idoso. Assim, no capítulo 2 discute-se o referencial teórico que embasou essa pesquisa. São abordados tópicos sobre envelhecimento humano, a transição demográfica e epidemiológica vivenciada por países desenvolvidos e em desenvolvimento, as políticas de saúde para a população idosa, a definição e a evolução dos termos Geriatria e Gerontologia, o ensino da Geriatria, as diretrizes curriculares dos cursos de Medicina, bem como alguns estudos já efetivados em relação ao tema deste estudo.

No capítulo 3, apresento os procedimentos metodológicos utilizados para alcançar os objetivos da pesquisa. Nesse sentido, discorro sobre a abordagem científica utilizada, a fundamentação teórica para se justificar a escolha da metodologia, contexto do estudo, sujeitos envolvidos, procedimentos utilizados para a coleta de dados, bem como a estruturação e análise dos dados produzidos.

Já no capítulo 4, destaco os dados coletados, fazendo uma correlação com a aproximação teórica que embasa a pesquisa. Os dados foram analisados através da abordagem textual discursiva, descrita por Moraes e Galiazzi (2013), e foram organizados em três categorias, quais sejam: a) A importância do ensino da Geriatria na graduação médica, b) Perspectivas sobre o ensino da Geriatria na graduação médica e c) Consequências da ausência da Geriatria na graduação na prática médica.

No capítulo 5, por sua vez, discuto os principais resultados da pesquisa, refletindo sobre os achados encontrados e os objetivos da mesma. Assim, faz-se uma reflexão sobre o envelhecimento populacional, associado à necessidade de profissionais preparados para o reconhecimento das particularidades e condições de saúde mais prevalentes nesse grupo etário. Além disso, destaco a importância da obrigatoriedade do ensino da Geriatria na graduação médica, priorizando a formação de médicos humanizados, que atrelem a teoria à prática e priorizem um atendimento integral do idoso.

Por fim, nos capítulos subsequentes, cito as referências utilizadas para a efetivação deste estudo, bem como os apêndices. Feita a apresentação deste trabalho, apresento, no próximo capítulo, os referencias teóricos do estudo.

2 APROXIMAÇÕES TEÓRICAS

O referencial teórico que fundamentou esta pesquisa inicia com aspectos acerca do envelhecimento humano, seguindo para a transição epidemiológica e demográfica. Na sequência, aborda-se sobre políticas de saúde para a população idosa e a capacitação de profissionais para o atendimento ao idoso. Posteriormente, apresentam-se os conceitos de Geriatria e Gerontologia, bem como a trajetória histórica das especialidades. Além disso, são abordados aspectos sobre o ensino médico, enfatizando a Geriatria. Também são discutidas as diretrizes curriculares dos cursos médicos e o projeto de curso pedagógico de uma faculdade de Medicina do interior da Bahia, campo do presente estudo. Apresentam-se, ainda, alguns estudos realizados por outros pesquisadores em relação ao tema, os quais foram importantes para o adensamento teórico desta pesquisa.

2.1 O envelhecimento humano: conceitos e representações

Não é possível definir o envelhecimento humano em um único conceito, devido à amplitude e à complexidade do tema. O conceito de velhice vai variar de acordo com a visão do observador e das diversas áreas do conhecimento: Biologia, Sociologia, Psicologia, Medicina, Direito, Antropologia, Engenharia etc. (NETTO, 2002). Para uma criança, por exemplo, idoso pode ser o seu pai que tem 30 anos; já para um adolescente, pode ser o indivíduo que pede auxílio para atravessar a rua; para um geneticista, por sua vez, o envelhecimento se inicia no processo embriológico; para o japonês, idosa é aquela pessoa experiente a quem se deve respeito.

De acordo Schneider e Irigaray (2008), determinar o início da velhice é uma tarefa complexa porque é difícil a generalização e há distinções significativas entre

diferentes tipos de idosos e velhices. Segundo os autores, a idade é um fato pré-determinado, mas a forma como os anos são vistos depende das características da pessoa. Assim, torna-se difícil saber que critérios utilizar para se definir o início da velhice, pois os aspectos que caracterizam este período são questões ainda controversas, que provocam discussões entre os profissionais.

A definição de velhice preconizada pela Organização Mundial da Saúde é baseada na idade cronológica. Assim, de acordo com o referido órgão, é considerado idoso o indivíduo que completa 65 anos nos países desenvolvidos e 60 anos nos países em desenvolvimento. No Brasil, de acordo com o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos são reconhecidas como idosas. Entretanto, alguns direitos, como a gratuidade no transporte coletivo público urbano e semiurbano, só são concedidos aos maiores de 65 anos.

O envelhecimento humano é um processo influenciado por diversos fatores, como gênero, classe social, cultura, padrões de saúde individuais e coletivos da sociedade, entre outros. É difícil encontrar um consenso sobre o que se nomeia velhice porque as divisões cronológicas da vida do ser humano não são absolutas e não correspondem sempre às etapas do processo de envelhecimento natural. A velhice não é definida por simples cronologia, mas pelas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde das pessoas, o que equivale a afirmar que podem ser observadas diferentes idades biológicas e subjetivas em indivíduos com a mesma idade cronológica, pois estas possuem estado de saúde, nível de funcionalidade e participação social diversos. Dessa forma, de acordo com Schneider e Irigaray (2008), o envelhecimento humano pode ser compreendido como um processo complexo e composto pelas diferentes idades: cronológica, social, biológica e psicológica.

A idade cronológica diz respeito aos dias, meses e anos decorridos desde o nascimento do indivíduo. É um dos meios mais utilizados para se obter informações a respeito de uma pessoa. Entretanto, segundo Hoyer e Roodin (2003), não é uma boa forma para se avaliar o desenvolvimento de um indivíduo, pois, para os referidos autores, o conceito de idade é multidimensional. Por outro lado, a idade biológica se refere às mudanças corporais e mentais que ocorrem ao longo do desenvolvimento do ser, mesmo antes do seu nascimento e que perdura durante toda a sua existência (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Segundo Costa e Pereira (2005), as perdas e as mudanças fazem parte do envelhecimento. À medida que o indivíduo envelhece, há redução da estatura, por diminuição dos espaços entre as vértebras e perda de massa

óssea. Além disso, a pele fica mais fina, menos elástica e mais suscetível a traumas. A audição e a visão reduzem, assim como há diminuição do volume e do peso do cérebro. Entretanto, essas alterações não são sinônimas de doença.

Para Schneider e Irigaray (2008), a idade social corresponde ao comportamento que o indivíduo adota na sociedade. São os hábitos, os papéis sociais, a linguagem, as vestimentas, entre outros, que a pessoa assume diante da sociedade. Depende muito de questões culturais, gênero e classe social. A cultura tem um papel bastante importante, pois define como as pessoas veem o idoso e o processo do envelhecimento. Para algumas sociedades, por exemplo, quando o idoso deixa de trabalhar e contribuir economicamente, ele é visto como improdutivo e inativo. Para outros, a aposentadoria deixou de ser um momento de descanso e inatividade, para uma fase de atividade e lazer. Dessa forma, observa-se o quão complexa e heterogênea é a velhice.

Em relação à idade psicológica, Neri (2005) faz referência à associação entre a idade cronológica e as capacidades psicológicas do indivíduo, como percepção, aprendizagem e memória. Já para Hoyer e Roodin (2003), a idade psicológica diz respeito às habilidades adaptativas apresentadas pela pessoa para se adequar ao meio. Em parte, o indivíduo é caracterizado como idoso quando ocorrem falhas de memória, redução da concentração e da atenção e falhas na aprendizagem, comparando-se com suas habilidades cognitivas previamente. Sabe-se que isso de fato ocorre, entretanto há um ganho em relação à sabedoria, conhecimento e experiência. Além disso, de acordo com Who (2005), mesmo que haja perdas, o indivíduo continua capaz de exercer suas atividades diárias e tem a sua função intelectual mantida.

Segundo Freitas (2017), embora o envelhecimento seja amplamente observado, é um dos fenômenos menos compreendidos sob a ótica da biologia humana. Falar sobre biologia do envelhecimento é discutir fatos e hipóteses sobre a história evolutiva das espécies. A Biogerontologia é o campo da ciência que tenta compreender aspectos em torno da senescência. Biofísica, Neurobiologia, Bioquímica, Genética, Biologia Evolutiva, Medicina e Gerontologia estão entre as disciplinas estudadas pela Biogerontologia (FREITAS, 2017).

Dessa forma, percebe-se que o envelhecimento é observado em todos os indivíduos e se constitui num processo caracterizado por alterações biológicas, progressivas e inevitáveis (CRUZ; ALHO, 2000). As modificações têm correlação

direta com a ação do tempo e, com isso, há uma tendência à perda funcional, com diminuição da capacidade de adaptação ao meio ambiente. Como consequência, há uma maior prevalência de processos degenerativos que conduzirão à morte.

De acordo com Bodachne (1998), a velhice pode ser caracterizada por perda gradativa das funções biológicas, com um consequente aumento da probabilidade de morte que está associada ao aumento de patologias com a idade. Com o envelhecimento, há alterações no comportamento, na habilidade intelectual e na capacidade física do indivíduo, afetando sua interação com o meio ambiente.

Por outro lado, para a OMS, através de documento editado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 1998), envelhecer é um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível e não patológico, próprio a todos os membros de uma espécie, que torna o indivíduo menos capaz de reagir aos estresses ambientais e, portanto, aumenta a chance de morte. É um fenômeno que aparece antes do nascimento e continua ao longo da toda a existência.

Percebe-se, portanto, que o envelhecimento é um processo complexo e multifatorial. É difícil estabelecer um parâmetro que determine a velhice, tendo em vista que há uma variabilidade de cada pessoa. A idade, por si só, não determina o envelhecimento, é apenas um dos elementos presentes no processo do desenvolvimento.

2.2 Transições demográficas e epidemiológicas

A idade avançada torna o indivíduo mais vulnerável cognitivamente, fisicamente e mentalmente. Além disso, nessa fase da vida, ocorrem agravamentos de doenças crônicas e degenerativas, perda de papéis sociais e aparecimento de novos (avós, por exemplo), perda de cônjuges, parentes e amigos e proximidade da morte. Delimitar o início dessa fase, como já comentado anteriormente, é bastante difícil, pois vai depender de condições sociais, econômicas, culturais, biológicas, regionais, étnicas e de gênero.

Segundo a teoria cronológica, um indivíduo envelhece à medida que sua idade aumenta. Já o envelhecimento populacional ocorre quando aumenta a participação dos idosos na população total (FREITAS, 2017). Sob o ponto de vista demográfico, para ocorrer o envelhecimento populacional, a taxa de crescimento da população idosa deve ser maior do que a dos indivíduos jovens, por um período longo. Nesse

sentido, para se entender o processo de envelhecimento da população brasileira, deve-se definir o conceito de idoso. Aceitando a idade como definidor dessa fase da vida, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso definem como população idosa aquela de 60 anos ou mais.

O processo de envelhecimento populacional, de modo geral, se inicia com a queda da fecundidade, que leva a uma redução na proporção da população jovem e um conseqüente aumento na proporção da população idosa. Em outras palavras, pode-se dizer que a redução da mortalidade infantil leva a uma maior sobrevivência das crianças, ao passo que a diminuição da mortalidade nas idades avançadas contribui para que a referida população sobreviva por períodos mais longos, resultando no alargamento do topo da pirâmide etária (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016)

Em consonância, Freitas (2017) entende que a redução da mortalidade infantil no Brasil, ocorrida entre 1940 e 1970, aconteceu devido ao controle de doenças infecciosas pela incorporação de novas tecnologias de saúde (antibiótico, por exemplo) e às políticas de saúde. Paralelo a isso, em razão do aumento da expectativa de vida, ocorreu um crescimento na prevalência de doenças crônico-degenerativas e de suas complicações. Com isso, de acordo com a autora, há um prolongamento do tempo de utilização dos serviços de saúde.

Outro aspecto a se considerar é que, nos anos de 1980 e 1990, houve queda significativa da mortalidade de mulheres de 15 e 49 anos e acentuação da tendência da mortalidade masculina entre os grupos de 15 e 19 anos e 20 e 29 anos. Assim, a queda da mortalidade de crianças e a sobremortalidade masculina contribuem, respectivamente, para o aumento da proporção de idosos na população, bem como para a feminização do envelhecimento. É por isso que, cada vez mais, os brasileiros, especialmente as mulheres, se tornam idosos (FREITAS, 2017).

A autora ainda chamou a atenção para o fato de, no Brasil, haver um crescimento acelerado da população superidosa, ou seja, aquela com 80 anos ou mais, sendo o segmento populacional que, atualmente, mais cresce. Nessa linha, devido à alta fecundidade no período entre 1950 e 1970 e à redução progressiva da mortalidade, especialmente nas idades avançadas, espera-se que este grupo alcance, em 2050, um total de 13,3 milhões, o que significará 6,5% da população total e 19,6% da população idosa (FREITAS, 2017).

Apesar do crescimento da população superidosa, observou-se um aumento da proporção de óbitos nessa faixa etária, ao passo que a morte em idosos com menos de 80 anos praticamente não se alterou, independente do sexo (FREITAS, 2017). Em 2013, quase dois terços dos óbitos registrados no Brasil ocorreram após 60 anos (homens 57% e mulheres 73%). No mesmo ano, 27% do total de óbitos ocorreram em octogenários. O ano de 2013 foi o primeiro em que a maior proporção de óbitos no Brasil, tanto de homens quanto de mulheres, entre todas as idades, ocorreu dentre os octogenários (FREITAS, 2017).

Segundo projeções do IBGE (2018), a população do Brasil deverá crescer até 2047, quando chegará a 233,2 milhões de pessoas. Nos anos seguintes, ela cairá gradualmente, até os 228,3 milhões em 2060. Neste mesmo ano, um quarto da população (25,5%) deverá ter mais de 65 anos. Além disso, o país terá 67,2 indivíduos com menos de 15 e acima dos 65 anos para cada grupo de 100 pessoas em idade de trabalhar (15 a 64 anos). A taxa de fecundidade total para 2018 é de 1,77 filho por mulher. Em 2060, o número médio de filhos por mulher deverá reduzir para 1,66 (IBGE, 2018).

Nessa perspectiva, é importante observar que as projeções do IBGE (2018) apontam para o aumento da expectativa de vida. De acordo com a instituição, a expectativa de vida das mulheres que nasceram em 2019 é de 80 anos, e a dos homens é de 73 anos. Santa Catarina, que hoje tem a maior esperança de vida ao nascer para ambos os sexos (79,7 anos), deverá manter essa liderança até 2060, quando chegará aos 84,5 anos. No outro extremo, o Maranhão (71,1 anos) tem a menor esperança de vida ao nascer em 2018, condição que deverá ser ocupada pelo Piauí em 2060 (77 anos). Em 2060, o percentual da população com 65 anos ou mais de idade chegará a 25,5% (58,2 milhões de idosos), enquanto em 2018 essa proporção era de 9,2% (19,2 milhões). Já os jovens (0 a 14 anos) deverão representar 14,7% da população (33,6 milhões) em 2060, frente a 21,9% (44,5 milhões) em 2018.

O envelhecimento afeta a razão de dependência da população, que é representada pela relação entre os segmentos considerados economicamente dependentes (pessoas com menos de 15 anos e com 65 anos ou mais de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (15 a 64 anos). O grupo economicamente dependente é a proporção da população que, em tese, deveria ser sustentada pela parcela economicamente produtiva. Ainda conforme o IBGE (2018), a razão de dependência da população, em 2018, foi de 44%. Esse indicador significa que 44

indivíduos com menos de 15 e com mais de 64 anos dependem de cada grupo de 100 pessoas em idade de trabalhar (15 a 64 anos). Em 2039, a razão de dependência total deverá ser de 51,5%, quando a proporção de jovens (25,7%) e idosos (25,8%) se equivalerá. Essa proporção total deverá aumentar para 67,2% em 2060 (IBGE, 2018).

Com base nessas projeções, percebe-se que o desafio das Ciências da Saúde, tanto do ponto de vista epidemiológico (políticas públicas de saúde), como do ponto de vista individual, é o aumento de idosos com doenças crônico-degenerativas. O referido desafio se agrava com o fato de, segundo Freitas (2017), os brasileiros que têm hoje 60 a 85 anos serem os que sobreviveram às doenças infectocontagiosas e, ao se tornarem adultos, tiveram muitos filhos e viram seus filhos sobreviverem às doenças infecciosas. Entretanto, aos 30 ou 40 anos, muitos não se beneficiaram do diagnóstico precoce e controle de hipertensão, diabetes e dislipidemia. Além disso, muitos fumavam e grande parte era sedentária e tinha uma alimentação inadequada. Anos após, esses indivíduos desenvolveram insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença cerebrovascular, coronariopatia e complicações da diabetes.

Os idosos de 2019 são os sobreviventes dos acidentes de trânsito e portadores de doenças que interferem na qualidade de vida. Vários idosos que irão falecer nos próximos anos, de acordo com Freitas (2017), são dependentes para a realização de suas atividades da vida diária, muitos são acamados, não conseguem se alimentar sozinhos ou possuem dificuldade para deambular ou se alimentar.

Segundo a autora supracitada, a abordagem de idosos com múltiplas comorbidades crônicas deve ser interdisciplinar. Além disso, o sistema de saúde deve estar preparado para atender às demandas dessa população – internações prolongadas, múltiplos atendimentos em ambulatórios, capacitação da equipe de saúde. Os profissionais que atenderão essa população devem objetivar a melhoria na qualidade de vida do paciente e de sua família, evitar iatrogenia, prevenir complicações e aumentar, preservar ou recuperar a capacidade funcional.

Os países em desenvolvimento, de acordo com Maia *et al.* (2013), vivenciam seu processo de envelhecimento mais rapidamente do que o ocorrido nos desenvolvidos e terão menor tempo para se adaptarem às mudanças impostas pelo fenômeno irreversível de envelhecimento, ocasionando problemas de caráter socioeconômico. De um modo geral, em países em desenvolvimento, pode-se inferir que ainda há carência de recursos humanos e infraestrutura para atender à demanda

dessa população. Isso porque o acesso ao atendimento é difícil, muitos profissionais de saúde não estão preparados para lidar tanto com a complexa interação com as doenças, como com o processo de envelhecimento e com as questões socioculturais. Além disso, há uma discrepância entre o número de pagantes e de beneficiários da previdência social. Portanto, há necessidade de preparo do sistema de saúde e da seguridade social para atender a essa demanda.

2.3 Políticas de saúde para a população idosa

Diante desse envelhecimento populacional, o objetivo deixa de ser apenas prolongar a vida, mas também manter a capacidade funcional do indivíduo, de modo que ele se mantenha autônomo e independente o maior tempo possível. Para que isso ocorra, o sistema de saúde deve estar preparado e precisa garantir: acesso universal aos cuidados primários, políticas públicas para o controle de fatores de risco e estímulo a estilos de vida saudáveis, condições para identificar indivíduos de alto risco, ênfase em promoção de saúde e prevenção de doenças. Para tanto, o idoso deve ser avaliado de forma holística, com o objetivo principal de manutenção da capacidade funcional (COSTA; PORTO; SOARES, 2003)

A Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) assegura 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. Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anunciou a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999). Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. Em 2002, foi proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria n. 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2002a). Como parte de operacionalização das redes, foram criadas as normas para cadastramento

de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria n. 249/SAS/MS, de 2002) (BRASIL, 2002b).

Em 2003, o Congresso Nacional aprovou e o Presidente da República sancionou o Estatuto do Idoso, elaborado com a participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos (BRASIL, 2003). O Estatuto do Idoso ampliou a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não trouxe meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do referido documento apresenta dados acerca do papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006a).

Apesar desse avançado aparato legal, a prática de cuidados aos idosos ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imprescindível a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006a).

Além disso, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida foi publicado em fevereiro de 2006, por meio da Portaria n. 399/MS (BRASIL, 2006b). Nesse documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso. A publicação do Pacto pela Vida, principalmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa um avanço importante. Todavia, muito há que se fazer para que o SUS apresente respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação de vários setores do governo é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de atuar junto à heterogeneidade da população idosa e da diversidade de suas questões (BRASIL, 2006a).

São diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f)

formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006a).

Percebe-se, portanto, que a atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros deve ser o objetivo final, principalmente para aquela parcela da população que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar (BRASIL, 2006a).

Além disso, a promoção de um envelhecimento ativo permeia todas as fases da vida, e não deve ser restrita à população jovem. Os profissionais de saúde e a comunidade devem superar alguns preconceitos e se conscientizar de que a prevenção de doenças e complicações deve ser incorporada à atenção à saúde em todas as idades. Devem ser trabalhados com a população, de um modo geral, temas como: prevenção de quedas, desmistificação da ideia de que envelhecimento é sinônimo de doença, nutrição adequada, sexo seguro, imunização, abandono do uso do álcool, tabagismo e drogas ilícitas, saúde mental, atenção integral e integrada da saúde da população idosa, dentre outros (BRASIL, 2006a).

Nessa linha, a ação integrada da saúde da população idosa deve ser estruturada de forma a permitir atendimento aos idosos em todos os níveis de atenção à saúde, com infraestrutura adequada e profissionais qualificados para o atendimento, focando nas necessidades, habilidades, direitos e preferências do usuário. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também faz parte da avaliação sistemática (BRASIL, 2006a).

Sob essa perspectiva, é necessária a aplicação, junto à população idosa, de instrumentos para rastreamento e detecção precoce de distúrbios cognitivos, visuais, auditivos, risco de quedas, comprometimento da funcionalidade, grau de nutrição, depressão etc. Um dos instrumentos imprescindíveis é a avaliação funcional do idoso. Por meio dessa avaliação, determinam-se os indivíduos que necessitam de mais atenção pelos profissionais de saúde e que têm maior risco de desenvolver fragilidade e outras complicações. Dessa forma, busca-se desonerar o sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A avaliação funcional é feita por meio da análise da realização das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). As ABVDs dizem respeito às seguintes habilidades: tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão. Já as AIVDs referem-se às seguintes ações: preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho, utilizando uma condução coletiva.

De acordo com a Política Nacional de Atenção ao Idoso, indivíduos idosos que, mesmo independentes, apresentem algumas dificuldades nas atividades instrumentais da vida diária, têm potencial para desenvolver fragilidade. Entre as dificuldades estão aqueles que vivem em Instituição de Longa Permanência (ILPI), os que encontram-se acamados, os hospitalizados por qualquer razão, os que apresentam doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – tais como acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, os que encontram-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou os que vivem situações de violência doméstica (BRASIL, 2006a). Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais (BRASIL, 2006a).

Uma vez identificado o idoso frágil, primeiramente devem ser analisados os recursos sociais para lidar com ele. Após, deve ser desenvolvida uma rede de atendimento a esse indivíduo, sendo adotadas medidas para reinseri-lo na sociedade. Além disso, deve-se tentar preservar ao máximo a sua autonomia e independência funcional (BRASIL, 2006a).

A Política Nacional do Idoso destaca também a ideia de que se deve apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem e aprimorem o atendimento ao idoso. Além disso, o referido documento prevê: o estabelecimento de diretrizes para a qualificação e educação permanente em saúde da pessoa idosa; a inclusão nos currículos escolares de disciplinas que abordem o processo do envelhecimento, visando à desmistificação da senescência e valorizando a pessoa idosa, com divulgação de medidas de promoção e prevenção de saúde em todas as faixas etária; a adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de

profissionais na área da saúde, objetivando um atendimento holístico ao idoso; o incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior, que possam atuar de forma integrada com o SUS, mediante o estabelecimento de referência e contra referência de ações e serviços para o atendimento integral dos indivíduos idosos e a capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando à qualificação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência à pessoa idosa; a discussão e readequação de currículos e programas de ensino nas instituições de ensino superior abertas para a terceira idade.

Em relação ao trabalho/emprego, a Política Nacional de Atenção ao Idoso estimula as seguintes atitudes: a elaboração, a implantação e a implementação de programas de preparação para a aposentadoria nos setores público e privado; a implantação de ações para a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção da pessoa idosa na vida socioeconômica das comunidades; o levantamento dos indivíduos idosos já aposentados e que retornaram ao mercado de trabalho, identificando as condições em que atuam no mercado, de forma a coibir abusos e explorações. Outros pontos discutidos são: implantação de ações para o cumprimento das leis de acessibilidade (Decreto Lei nº 5.296/2004), de modo a auxiliar na manutenção e no apoio à independência funcional da pessoa idosa; implantação de ações que permitam e/ou facilitem o deslocamento do cidadão idoso, sobretudo aquele que já apresenta dificuldades de locomoção, tais como a instalação de elevatórias para acesso aos ônibus na porta de hospitais, rampas nas calçadas, bancos mais altos nas paradas de ônibus, bem como a implementação de programas de atividades físicas e recreativas destinados às pessoas idosas (BRASIL, 2006a).

Diante do exposto, observa-se que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa objetiva um atendimento integral, multiprofissional e interdisciplinar ao idoso, além de tentar garantir todos os direitos dessa população. Todavia, o que está faltando é colocar tais ideias em prática. Para que isso ocorra, é necessário que haja conscientização e ação conjunta da população, dos políticos e dos profissionais de saúde.

2.4 Geriatria e Gerontologia

O aumento do número de idosos em todo o mundo, assim como uma tendência natural de crescimento do interesse nas pesquisas e estudos sobre o processo do envelhecimento, fizeram com que o século XX fosse considerado o marco da importância do estudo da velhice (FREITAS, 2017). Em 1903, Elie Metchnikoff, sucessor de Pasteur, defendeu a ideia da criação de uma nova especialidade, a Gerontologia, denominada a partir dos termos gregos *géron*, que significa *velho*, *ancião*, e *logia*, que significa estudo. Esse autor propunha uma área dedicada ao estudo exclusivo do envelhecimento, da velhice e dos idosos, tendo em vista as modificações ocorridas durante o último período da vida humana. Mentchnikoff (1903 apud FREITAS, 2017) acreditava que uma velhice fisiológica normal poderia ser alcançada pelos homens, ao invés de aceitar a decadência e degeneração do ser humano com o passar dos anos. Apesar do seu compromisso com a pesquisa, a comunidade científica da época não deu o devido apoio e atenção ao assunto.

Ainda conforme Freitas (2017), em 1909, a especialidade médica que tratava das doenças do idoso e da própria velhice passou a ser denominada de Geriatria por Ignaz L. Nascher, médico vienense radicado nos EUA. Nascher foi considerado pai da Geriatria, pois estimulou pesquisas sobre envelhecimento, fundou a sociedade de Geriatria de Nova Iorque em 1912 e, em 1914, publicou o livro *Geriatrics: the diseases of old age and their treatment, including physiological old age, home and institutional care, and medical-legal relations* (FREITAS, 2017).

Por seu turno, o psicólogo Stanley Hall, em 1922, publicou o livro *Senescence: the last half of life*. De acordo com Lopes (2000), Stanley contradisse a crença de que a velhice é simplesmente o reverso da adolescência, procurando comprovar que as pessoas idosas tinham recursos até então não apreciados, por meio de evidências médicas, comportamentais, literárias, biológicas, fisiológicas e históricas.

Nascher (1909, apud FREITAS, 2017) teve dificuldades para disseminar suas ideias entre os médicos, pois estes acreditavam que seus próprios conhecimentos eram inabaláveis, resultado de uma cultura até então dominante. Até o trabalho de Marjory Warren, em 1930, que abordava uma avaliação multidimensional e interdisciplinar do idoso, a Gerontologia ficou praticamente restrita aos aspectos biológicos do envelhecimento e da velhice (FREITAS, 2017).

Com o passar do tempo, pesquisas de caráter biofisiológico puderam estabelecer que, com o avançar da idade, ocorrem alterações funcionais e estruturais que, embora variem de um indivíduo a outro, acontecem em todos e são próprias do envelhecimento (NETTO PONTES, 1996). Por meio desses estudos, também foi possível estabelecer o limite entre o envelhecimento primário (senescência) e o secundário a processos patológicos comuns nas idades mais avançadas (senilidade), entre o envelhecimento bem-sucedido e o comum, além de estabelecer os motivos para a morbidade e a mortalidade serem maiores nessa população. Sabe-se que, com o envelhecimento, ocorrem diversas alterações fisiológicas, inclusive no sistema imune, que tornam o indivíduo idoso mais suscetível a patologias, comparando-se com a população mais jovem (FREITAS, 2017).

Freitas (2017) também aponta a contribuição de Marjory Warren para um maior conhecimento sobre o envelhecimento, sendo inclusive considerada a mãe da Geriatria, pois introduziu o conceito e implementou ações da análise geriátrica especializada, ponto de partida da avaliação multidimensional/interdisciplinar. Em 1935, Marjory assumiu a responsabilidade por um asilo, em Londres, onde idosos e doentes viviam institucionalizados por longo período sem diagnóstico e qualquer tratamento. Realizou um trabalho com estes pacientes, promovendo a mobilização ativa e reabilitação, permitindo, dessa forma, que muitos doentes pudessem se locomover e, até mesmo, ter alta e retornar aos seus lares (FREITAS, 2017).

A partir de 1930, muitos trabalhos na área do envelhecimento surgiram. Em 1942, foi criada a *American Geriatric Society* e, em 1946, a *Gerontological Society of America*. Apesar desses avanços, ainda havia muito atraso na busca de conhecimentos na área da Gerontologia. Hayflick (2003), um dos maiores nomes da BioGerontologia, apontou alguns dos motivos para o atraso: os modernos cientistas relutavam em entrar em um campo dominado por charlatães; a falta de fundamentos teóricos que pudessem levar a um planejamento experimental adequado e a falta de investimentos para a pesquisa na área (FREITAS, 2017).

Outro motivo para a relativa lentidão nos estudos sobre envelhecimento, particularmente importante em países em desenvolvimento, é de ordem social. A política de desenvolvimento adotada pelas sociedades atuais prioriza basicamente a assistência materno-infantil e a atenção voltada aos jovens. De acordo com Veras, Ramos e Kalache (1987), naquela época, a atenção maior era voltada para a criança, pois considerava-se isso como um investimento, já que ela teria ainda de 50 a 60 anos

de vida produtiva. No entanto, os cuidados voltados ao idoso não poderiam ser encarados como investimento, haja vista que não haveria uma retribuição. Além disso, havia o entendimento de que o cuidado com o idoso não era dever da sociedade, não sendo valorizada a contribuição dessa faixa etária para as gerações futuras.

Destaca-se que, em 1961, foi fundada a Sociedade Brasileira de Geriatria (SBG) que, entre muitas tarefas, tinha a função de convencer a sociedade de que o problema médico-social da velhice já era uma realidade e que este era um assunto a ser considerado pela Ciência e pela Medicina (LOPES, 2000). Em 1968, devido à inclusão de sócios não-médicos, a SBG passou a ser chamada de Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Hoje, a SBGG tem profissionais de diversas formações que se interessam pelas questões relacionadas com o fenômeno do envelhecimento, como Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, dentre outras. Possui seções regionais na maioria dos estados brasileiros e é filiada à Associação Médica Brasileira (AMB) e à Associação Internacional da Gerontologia e Geriatria (*International Association on Gerontology and Geriatrics- IAGG*). De acordo com Lopes (2000), fazem parte desse grupo profissionais que trabalham diretamente com o idoso ou que realizam pesquisas, como os acadêmicos.

Segundo Mota e Aguiar (2007), a Geriatria e a Gerontologia são áreas que estudam o processo do envelhecimento com profundidade e que, devido ao envelhecimento populacional mundial, tornam-se cada vez mais importantes. Os profissionais que lidam com os idosos devem estar preparados para atuar nas suas particularidades e realizar uma abordagem multidimensional. De acordo com os autores citados, embora esse olhar multiprofissional e holístico seja adotado pela maioria dos geriatras e gerontólogos, diversos outros profissionais que trabalham com esse grupo populacional não possuem um olhar diferenciado ao idoso.

A aproximação da universidade no que diz respeito à formação de pessoal para atuar com a população idosa foi lenta e gradual. Em algumas instituições de ensino, os primeiros investimentos foram feitos na área clínica e na formação de geriatras. Conforme Freitas (2017), em 1973, a Universidade de São Paulo criou a disciplina e a residência em Geriatria. Porém, o primeiro curso universitário voltado especialmente para a Geriatria foi criado em 1975, na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Já em 1976, essa mesma instituição fundou um programa de residência em Geriatria e o primeiro instituto brasileiro dedicado ao envelhecimento.

Ainda tratando da qualificação de profissionais da área da saúde, convém mencionar que, em 5 de setembro de 1977, o Decreto nº 8.028 instituiu os programas de residência médica. Tais programas constituem modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, funcionando em instituições públicas e sob supervisão de profissionais médicos qualificados. Os programas de residência médica conferem o título de especialista na área junto ao conselho de Medicina.

No que diz respeito aos programas de residência médica voltada para a Geriatria, estes foram reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC) em 1979. A duração desses cursos é de dois anos, possuem uma carga horária de 2.880 horas/aula/ano e, como pré-requisito, são exigidos dois anos de residência em clínica médica reconhecida pelo MEC. A maioria das residências médicas em Geriatria situam-se em Minas Gerais e em São Paulo (GALERA *et al.*, 2017). Na Bahia, o serviço de residência médica em Geriatria funciona no Hospital Santo Antônio (Obras Sociais Irma Dulce), Salvador.

Os cursos de graduação em Gerontologia são bastante recentes em todo o mundo. Em 2004, foi implantado o primeiro curso brasileiro de graduação em Gerontologia, oferecido pela Universidade de São Paulo. O profissional egresso desse curso, de acordo com Viel *et al.* (2009), deve ser generalista, humanista e capacitado para atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar na gestão das questões que surgem na velhice.

Além disso, a população brasileira experimenta um processo marcante de envelhecimento e, por isso, há necessidade de inclusão do tema em todos os níveis de escolarização. Na área da saúde, isso implica ampliar conteúdos específicos na graduação, na pós-graduação e na educação permanente. No entanto, a atual escassez de tais conteúdos na graduação coloca desafios extras para a especialização (MOTA; AGUIAR, 2007).

Tomado desse ângulo, Mota e Aguiar (2007) entendem que, muitas vezes, profissionais recém-egressos das faculdades de Medicina não dispõem de competências mínimas para atuar na atenção à saúde dos idosos. Possuem dificuldades, entre outros fatores, na identificação precoce das situações de risco para a fragilização, isto é, risco de perda de autonomia e independência, na utilização de medidas preventivas e de suporte, e na prática do trabalho em equipe. Se a formação em Geriatria restringir-se ao estudo das patologias mais prevalentes e/ou ao processo

biológico do envelhecimento, não preparará profissionais aptos à adequada atenção aos idosos. Tais programas devem incorporar, portanto, subsídios da Gerontologia, que se caracteriza como um campo de saber em que a prática do trabalho em equipe é central, a interdisciplinaridade é inerente e a intersetorialidade está contida em sua definição (MOTA; AGUIAR, 2007).

Como se pode ver, a formação de profissionais capacitados para atuarem junto à população idosa deve ser uma prioridade para o sistema educacional. De acordo com Costa, Porto e Soares (2003), o enfoque deve ser holístico e abrangente não só para o idoso doente e dependente, mas também para o que está em risco de adoecer e/ou tornar-se dependente. Esse enfoque ultrapassa os conhecimentos técnicos e requer o desenvolvimento de uma atitude profissional de valorização da saúde, da capacidade funcional e da autonomia do indivíduo. Por isso, o profissional que vai atender o idoso deve estar capacitado para essa tarefa.

O atendimento dos indivíduos idosos pelos profissionais da área da saúde em diversos níveis (primário, secundário e terciário) torna necessário o reconhecimento de algumas peculiaridades como: a doença física pode se apresentar como um transtorno mental com confusão e desorientação (*delirium*) – que é, frequentemente, um dos primeiros sinais das enfermidades mais comuns nessa faixa etária; as capacidades funcionais ou fisiológicas estão diminuídas (como a função renal); as reações adversas a medicamentos são mais pronunciadas e mais prováveis; os sinais e sintomas típicos de doenças podem estar ocultos ou ser muito leves (ex. a febre pode ser mínima ou ausente durante uma pneumonia); múltiplos problemas orgânicos, psicológicos e sociais estão presentes (PEREIRA *et al.*, 2010).

A população idosa apresenta alterações fisiológicas e patológicas que, ao longo dos anos, podem levar à dependência. Portanto, são necessários conhecimentos e aplicabilidades de conceitos como prevenção, paliativismo, suporte e apoio social. Conceitos específicos da Geriatria/Gerontologia como síndromes geriátricas (incontinência urinária e/ou fecal, imobilidade, instabilidade postural, insuficiência cerebral e iatrogenia), reabilitação, fragilidade, independência (capacidade de realizar tarefas sem ajuda) e autonomia (capacidade de decisão) não constam geralmente nos conteúdos da graduação, mas são importantes para a adoção de condutas adequadas (MOTA; AGUIAR, 2007).

Alguns estudos, conforme relatos de Miranda, Mendes e Silva (2016), mostram que idosos internados em hospitais não recebem o cuidado adequado para o seu

caso, muitas vezes pela não identificação de problemas típicos da idade ou tratamento inadequado. Como consequência, segundo Mota e Aguiar (2007), ocorrem mais reinternações, óbitos, prolongamento dos internamentos e maior chance de perda da capacidade funcional após a alta hospitalar. Diante disso, os referidos autores destacam que há aumento dos gastos em saúde que já cresce gradativamente pelo envelhecimento populacional em si.

De acordo com os autores supracitados, o processo educativo estratégico para o enfrentamento do envelhecimento populacional não se restringe somente à graduação ou ao saber médico. Ele compreende níveis educacionais anteriores à graduação e avança para a educação permanente e continuada, com foco no trabalho interdisciplinar e em equipe. Para isso, é necessária a atuação do enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, educador físico, fisioterapeuta, dentre outros profissionais.

A atuação desses profissionais vai agrupar diferentes habilidades e conhecimentos, pois nenhum profissional detém todo o saber necessário para a atenção do idoso (LEDFORD, 2015). Além disso, devido à grandiosidade das questões que acometem o idoso, é necessária uma atuação interdisciplinar.

Nessa mesma linha argumentativa, Costa (2010) comenta que a formação e capacitação de profissionais na área de saúde para o atendimento com excelência desse grupo populacional é um desafio a ser enfrentado com eficiência. Nesse contexto, salienta-se que a falta de preparo atinge os diversos ambientes do sistema de saúde brasileiro, tanto na rede pública quanto na privada. Portanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o ensino de conteúdos referentes ao envelhecimento e à saúde do idoso na graduação deva ser implementado, o que requer professores capacitados para este objetivo.

2.5 Diretrizes curriculares dos cursos de Medicina do Brasil

No Brasil, a Política Nacional do Idoso (Lei n 8.842/1994) tem como uma de suas diretrizes a capacitação e a reciclagem dos recursos humanos nas áreas de Geriatria e Gerontologia e na prestação de serviços (BRASIL, 1994). Nessa mesma linha, Estatuto do Idoso (Lei n 10.741/2003), por sua vez, dispõe sobre a inserção de conteúdos voltados ao processo de envelhecimento nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal, com o objetivo de valorização do idoso, evitando o

preconceito e produzindo conhecimentos sobre a matéria (BRASIL, 2003). Além disso, a Matriz de Correspondência Curricular para Fins de Revalidação de Diplomas de Médicos Obtidos no Exterior (Revalida) define a necessidade de competência em conteúdo mínimo na área de Geriatria para fins de revalidação do diploma médico (BRASIL, 2009a).

Mesmo observando-se a preocupação de entidades envolvidas e de organizações governamentais em cumprir as exigências legais, no sentido de garantir a qualificação de profissionais para atuarem com idosos, as mudanças curriculares e sua implantação são lentas e não estão acompanhando a velocidade do envelhecimento da população brasileira. Alguns motivos, de acordo com Galera (2011), para a dificuldade em atender às novas demandas são: falta de profissionais capacitados para o ensino na área, questões burocráticas e a ideia errônea de que esse grupo populacional não necessita de profissionais treinados para o seu atendimento.

O estudo de Pereira *et al.* (2010) demonstrou que menos da metade das escolas de Medicina possuem disciplinas relacionadas ao envelhecimento em suas matrizes curriculares. Na ocasião, havia 167 faculdades de Medicina listadas na página eletrônica do MEC. Atualmente, segundo o Conselho Federal de Medicina (2019), o Brasil tem 338 escolas médicas em funcionamento e não existem dados sobre escolas que têm conteúdo específico sobre envelhecimento e/ou atividades específicas no internato, como também não há sinais de que esta realidade tenha sido modificada.

No âmbito da educação, a Lei nº 9.394 (BRASIL, 1996), que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, traz para as universidades a autonomia para fixar os currículos dos seus cursos, desde que respeitassem as diretrizes curriculares de cada um. No que diz respeito às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em Medicina, estas foram publicadas em 2001 e atualizadas em 2014 (BRASIL, 2014). Nelas, enfatiza-se que os conteúdos fundamentais devem contemplar o "diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico", assim como a "promoção de saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte)" (BRASIL, 2014) (grifo meu). Observa-se que a aquisição de competências inclui todas as fases do ciclo biológico, inclusive o processo de morte, mas não há

menção específica do impacto do envelhecimento na assistência em saúde e a necessidade de aprendizagem de conteúdos mínimos em Geriatria e Gerontologia.

Ainda em relação às Diretrizes, o artigo 6º estipula os conteúdos essenciais, evidenciando, de forma contundente e inquestionável, a necessidade da Geriatria e Gerontologia nas bases fundamentais do currículo médico, como observa-se nos incisos I e V, transcritos a seguir:

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Medicina. Devem contemplar:

I – Conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como médico o utiliza;
V- Diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica (BRASIL, 2014).

As DCN de 2014 reforçam o perfil com atuação em equipe interdisciplinar e inserção precoce do aluno nas redes de serviço. Entretanto, não há detalhamento de conteúdo e carga horária mínimos na área do envelhecimento (BRASIL, 2014).

Embora tais diretrizes tratem da necessidade do ensino de Geriatria na graduação médica, existe escassez de dados na literatura nacional sobre a formação do médico e sua relação com o ensino de Geriatria. A velhice/processo de envelhecimento, de acordo com Neri e Jorge (2006), ao fazer parte dos currículos de graduação de forma mais sistemática, tende a eliminar preconceitos de modo que o idoso seja considerado como um indivíduo que também faz parte do ciclo de vida, com uma história e uma inserção na vida cotidiana de toda sociedade.

Com a necessidade de padronização de conteúdos curriculares, a SBGG lançou, em 2014, diretrizes sobre conteúdos mínimos acerca do envelhecimento para cursos de Medicina no Brasil (ANEXOS 1 e 2).

Desde 2009, existe um Projeto de Lei nº 0363/2009 em fase de tramitação no Congresso Nacional, que define, no seu artigo 1º: “As Faculdades de Medicina, tanto no ensino público quanto no privado, deverão incluir em seu currículo escolar, como ensino obrigatório com carga horária não inferior a 120 (cento e vinte) horas, a cadeira de Geriatria” (BRASIL, 2009b). Apesar do avanço em determinar uma carga horária mínima na área, não foi definido um conteúdo mínimo, o que possibilita margens a

cada curso de Medicina definir de acordo com as suas necessidades, não ocorrendo uma uniformidade em relação ao tema nas diversas faculdades. Ressalta-se que, a despeito da importância do tema diante da situação demográfica do país, o Projeto de Lei ainda não foi aprovado, embora já tenham se passado mais dez anos após a sua criação. Isso, por sua vez, pode denotar falta de interesse das instâncias governamentais em relação à necessidade de médicos preparados para o atendimento da população idosa.

Importa salientar que currículo de um curso deve exercer uma função relevante, não podendo ser visto apenas como uma “grade”. Nesse sentido, Maia *et al.* (2013) destacam que o currículo deve exercer um papel essencial na construção social da instituição de ensino, estimulando o dinamismo do conhecimento e da cultura. Para tanto, precisa preparar o aluno para a realidade do mundo atual, além de favorecer a formação de competências. Diante desse contexto, surge a necessidade de se ter, nas escolas médicas, um currículo que trabalhe a atenção ao idoso, preparando os alunos a atuarem nesse grupo populacional que vem crescendo gradativamente e que tem diversas particularidades, conforme visto até aqui.

Além de preparar médicos, é necessário preparar outros profissionais da área de saúde que irão trabalhar com idosos. Entretanto, tem-se observado que a formação de recursos humanos em Geriatria e Gerontologia ainda vem ocorrendo de maneira não-formal, por meio de eventos de curta duração, promovidos por sociedades científicas, institutos e organizações sem condições mínimas de funcionamento. Além disso, em muitos casos, a coordenação e/ou os professores de tais cursos não têm experiência ou formação específica na área (FREITAS, 2017).

Atualmente, os cursos de extensão universitária e de pós-graduação *Lato Sensu* (Especialização) e *Stricto Sensu* (Mestrado e Doutorado) são os maiores responsáveis pela formação e capacitação de pesquisadores e de profissionais que atuam com idosos. Cabe salientar que a Resolução n. 1/2001, do Conselho Nacional de Educação, que regulamenta os cursos de pós-graduação no país (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001), é frágil e superficial, criando um entrave, haja vista que forma profissionais com titulação de pós-graduação, mas sem conhecimento e competência para exercer sua função na área (GALERA, 2011).

De acordo com Freitas (2017), recentes também são os programas de pós-graduação *Stricto Sensu*, no Brasil, na área de envelhecimento, pois iniciaram na década de 1990. No período de 1997 a 2000, foram implantados os programas da

Universidade Estadual de Campinas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. No período de 2001 e 2010, foram implantados programas na Universidade Católica de Brasília, Universidade de Passo Fundo e Universidade São Judas Tadeu. No período de 2011 a 2014, foram implantados programas na Universidade de Marília, Universidade Federal de Pernambuco, Universidade de Santa Maria e Escola de Artes Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (FREITAS, 2017).

Já em relação aos cursos de pós-graduação *lato sensu* (cursos de especialização, não residências médicas e multidisciplinares), atualmente conta-se com aproximadamente 70 cursos, sendo que a maioria deles está concentrada nas regiões sul e sudeste do país.

Apesar do aumento no número de serviços na área da Geriatria/Gerontologia, ainda há uma discrepância entre os profissionais capacitados para o atendimento dessa população e o número de idosos que demandam os cuidados desses profissionais. Dessa maneira, o envelhecimento populacional, que é uma conquista e sinônimo de melhora da saúde da população, deve ser enfrentado de forma adequada, do contrário, pode tornar-se um problema. Para isso, é necessária a formação de recursos humanos para atendimento geriátrico e gerontológico.

Segundo as Diretrizes Curriculares de 2014, o curso de graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem, e apoiado no professor como facilitador e mediador dos processos de ensino e de aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio da articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. As diretrizes curriculares e o projeto pedagógico devem orientar o currículo do curso para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Esse currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural. Ademais, esse currículo pode incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Ainda conforme o referido documento, a organização do curso de graduação em Medicina deve ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a

modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular. Além disso, a estrutura deve:

- ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;
- utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;
- incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;
- promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;
- inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;
- utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;
- propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato;
- por meio da integração ensino-serviço vincular a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

Sendo assim, como o projeto pedagógico do curso é construído por cada instituição de ensino, cabe a ela definir se o curso contará com uma disciplina obrigatória de Geriatria, sua carga horária e a forma de abordagem.

Assim, o projeto pedagógico do curso de Graduação em Medicina da faculdade onde foi realizado o presente estudo tem como pressuposto assumir o ensino como mediação, ou seja, é instigada a aprendizagem ativa do aluno com a ajuda pedagógica do professor. A estrutura curricular propõe um modelo que organiza atividades e experiências simuladas, planejadas e orientadas, de forma a possibilitar aos alunos a

construção da trajetória de sua profissionalização, de vivências interdisciplinares e de prática profissional.

A sequência estabelecida para o desenvolvimento do curso propicia condições reais para que o aluno, desde o primeiro ano, tenha contato com a realidade social e dos serviços de saúde realizando atividades em uma gradação crescente de dificuldades. As Unidades de Ensino e Aprendizagem (UEA) integram disciplinas/módulos, saberes e vivências na abordagem de temários específicos a cada conjunto de conhecimentos. Cada unidade apresenta um conjunto de temários que são desenvolvidos de forma encadeada e em perspectiva sequencial para a construção do conhecimento significativo, através de atividades teóricas e práticas, ao longo do período de formação. A abordagem pedagógica interdisciplinar desenvolve-se transversalmente ao longo do currículo e potencializa a integração dos conhecimentos.

O currículo da referida faculdade está distribuído em cinco UEA, organizadas em seis anos de curso. São elas: Necessidades de Saúde (primeiro e segundo anos); Práticas Profissionais (primeiro ao quarto anos); Ciclo de Vida e Planos Terapêuticos (terceiro ano); Apresentações Clínicas e Planos Terapêuticos (quarto ano); Internato (quinto e sexto anos).

A carga horária total do curso de Medicina é de 9.936 horas. O módulo de Processo de Envelhecimento está inserido na UEA Necessidade de Saúde e Práticas Profissionais, e é ministrado para os alunos do terceiro semestre de Geriatria por uma médica especialista na área. Nesse módulo, são abordados aspectos anatômicos, histológicos, fisiológicos e farmacológicos do processo de envelhecimento e suas manifestações em diferentes níveis: da célula ao indivíduo na sociedade.

O objetivo geral do módulo, de acordo com o Projeto Pedagógico do referido curso, é compreender o processo de envelhecimento quanto aos aspectos biológicos, psíquicos, epidemiológicos, as políticas de saúde e a relação familiar e ambiente social, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças. Já os objetivos específicos são: conhecer e entender os mecanismos biológicos e genéticos envolvidos no processo fisiológico de envelhecimento, a partir das diversas teorias relacionadas; conhecer e entender as transformações fisiológicas verificadas nos diversos sistemas, identificando as alterações estruturais e funcionais que acontecem com o envelhecimento; conhecer as disfunções e sequelas decorrentes do processo de envelhecimento com enfoque especial para aquelas respiratórias,

cardiovasculares, endócrinas, locomotoras, neurológicas e urológicas; conhecer os principais distúrbios, seus mecanismos desencadeantes, as medidas de controle e prevenção e suas consequências aos indivíduos idosos; conhecer técnicas de abordagem de pacientes idosos em seus aspectos éticos e comportamentais (INSTITUIÇÃO INVESTIGADA, 2015)².

O Módulo Processo de Envelhecimento envolve integração com as áreas de Geriatria, Urologia, Pneumologia, Cardiologia, Psiquiatria, Semiologia Clínica, Bioética, Medicina da Família e demais áreas da graduação em conformidade com as necessidades programadas no módulo. Ao final do módulo, o aluno deverá ser capaz de: reconhecer as diferenças entre Imunossenescência e Senilidade; reconhecer o processo de envelhecimento do sistema cardiovascular; realizar avaliação funcional básica de pacientes idosos e saber utilizar as escalas disponíveis; reconhecer o processo de envelhecimento do sistema respiratório; reconhecer o processo de envelhecimento do sistema osteoarticular; reconhecer o processo de envelhecimento do sistema urinário e da próstata; reconhecer o processo de envelhecimento do sistema neurológico; reconhecer o processo de envelhecimento do sistema endócrino; Utilizar as técnicas de abordagem de pacientes idosos; realizar anamnese e exame físico de pacientes idosos; conhecer a rede de proteção e cuidados de idosos no país; utilizar as técnicas semiológicas adequadas dos sistemas cardiovascular, respiratório, locomotor, urinário; realizar exame de próstata e cateterismo vesical; utilizar técnicas de comunicação de más notícias em pacientes idosos (INSTITUIÇÃO INVESTIGADA, 2015).

Como a metodologia de ensino da faculdade onde foi realizado o presente estudo é em espiral, ou seja, retorna ao assunto durante diversos momentos do curso, os alunos terão conteúdo de Geriatria ao longo de toda a graduação. Isso acontece, inclusive, nos dois últimos anos, que são destinados para a realização de atividades práticas em serviços de saúde, etapa que chamamos de “internato”.

Diante do contexto apresentado, percebe-se que, assim como as instituições de ensino, os serviços de saúde devem estar preparados para o envelhecimento populacional. O custo da saúde aumenta com o envelhecimento da população e dificulta a promoção da equidade, um dos princípios do SUS. Segundo Motta e Aguiar

² A fim de não comprometer o anonimato da faculdade em que o estudo foi realizado, optou-se por referenciar as fontes de consulta publicadas pela instituição com a expressão “instituição investigada”.

(2007), o desafio de cuidar da população idosa, que possui multimorbidades e incapacidades, gera a necessidade de mudanças no modelo clínico assistencial e na formação do profissional de saúde, além de necessitar de políticas governamentais voltadas para a garantia de um atendimento digno e adequado para essa população.

2.6 Mapeamento de estudos realizados

Com o intuito de identificar trabalhos sobre a Geriatria na graduação médica, foram realizadas consultas no banco de teses e dissertações da CAPES e da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). Para esse levantamento, utilizou-se a busca básica e a busca avançada de diferentes palavras-chave. Inicialmente, no banco da CAPES, foi realizada a busca básica a partir dos termos “Geriatria na graduação médica”, “Geriatria e Medicina”, “a importância da Geriatria na graduação médica”, “ensino da Geriatria” “Geriatria e Medicina” e “Geriatria e graduação” no título e no texto dos trabalhos. No entanto, foram encontrados 95.241 resultados efetivos com a busca do termo “Geriatria na graduação médica” no título e no texto de teses e dissertações. Ao restringir o termo apenas no título, não foram encontrados resultados. Utilizando-se a expressão “Geriatria na graduação”, foram encontrados quatro trabalhos que abordavam o termo no corpo do trabalho, e três que abordavam o termo no título.

Ao se fazer a pesquisa no site da BDTD, utilizando o descritor “Geriatria na graduação médica” e restringindo a busca para trabalhos desenvolvidos partir de 2005, foram encontradas 148 teses e dissertações que citavam algumas palavras do termo no título e no texto. Ao se restringir apenas ao título, não apareceram resultados.

Assim, pode-se observar que existem diversas teses e dissertação de mestrado que citam algumas palavras do tema. Entretanto, estudos que desenvolvem ideias nessa área ou são restritos ao conteúdo, são poucos, tendo sido encontrados apenas quatro. A seguir, no Quadro 1, destacam-se trabalhos cuja temática aproxima-se da desenvolvida neste estudo:

Quadro 1 - Relação de teses e dissertações sobre o tema "Geriatrics na graduação médica"

Título da Tese ou Dissertação	Autores	Ano da Publicação	Programa
A Geriatrics e Gerontologia nos Currículos Formais das Escolas Médicas do Paraná	Vitor Jorge Woytuski Brasil	2007	Mestrado em Ciências (Universidade Federal de São Paulo- São Paulo)
O Ensino em Geriatrics na Graduação das Escolas Médicas do Estado de São Paulo na Óptica dos Coordenadores de Curso ou da Disciplina	Bibiana Marie Semensato Povinelli	2009	Mestrado em Ciências (Universidade Federal de São Paulo- São Paulo)
Avaliação de Estratégias de Ensino sobre "Geriatrics e Gerontologia" na Graduação Médica	Alessandra Lamas Granero Lucchetti	2017	Doutorado em Saúde (Universidade Federal de Juiz de Fora- Minas Gerais)
Análise do Ensino sobre Saúde do Idoso em um Curso de Medicina	David Costa Buarque	2017	Mestrado em Ensino na Saúde (Universidade Federal de Alagoas)

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Dentre os trabalhos encontrados acerca do ensino da Geriatrics, destaca-se o de Brasil (2007), que aborda questões relacionadas à forma como o conteúdo está inserido no planejamento dos cursos, ao perfil dos coordenadores e docentes, e à avaliação das formas de aprimorar o ensino na área. O objetivo principal da pesquisa foi conhecer o ensino de Geriatrics nas escolas médicas do Paraná. Para tal, foi delineada uma pesquisa exploratória e descritiva, de cunho predominantemente qualitativo. Foram estudados seis cursos de Medicina do estado do Paraná. Os dados foram coletados nesta ordem: questionário, entrevista semiestruturada e análise documental. Foram envolvidos seis coordenadores/diretores dos cursos de graduação médica e três chefes de disciplina/responsáveis pelo ensino de Geriatrics, nas respectivas escolas.

Os resultados revelaram que, dos seis cursos analisados, apenas três apresentaram, em sua estrutura curricular, uma configuração formal estabelecida para a Geriatrics e Gerontologia. A organização desses cursos que possuem o tema Geriatrics no currículo é em módulos/disciplinas inseridos predominantemente no período intermediário do curso; entretanto, a carga horária das disciplinas que abordam o tema corresponde a, aproximadamente, 2% em relação à carga horária total do curso, que é de 8000 horas (seis anos) (BRASIL, 2007).

Segundo Brasil (2007), os conteúdos para o ensino da Geriatrics e Gerontologia, nessas escolas médicas, estão em consonância com orientações internacionais, abordando questões sobre: fundamentos da avaliação geriátrica, promoção da saúde

do idoso, avaliação nutricional, aspectos da senescência (ciclos de vida e biologia), senilidade (terapêutica, morte e incapacidades), modelos de assistência (hospitalar, longa permanência, domiciliar e cuidados paliativos), síndromes geriátricas e doenças (arteriosclerose, hipertensão arterial, osteoartrose, infarto agudo do miocárdio, diabetes, osteoporose, acidente vascular cerebral, demência, depressão, neoplasias, disfunções miccionais).

Com relação às estratégias de ensino e aprendizagem, Brasil (2007) observou uma variação das técnicas utilizadas, sendo aplicada desde aula expositiva até Aprendizagem Baseada em Problema (ABP). Ao analisar as estratégias de avaliação utilizadas pelos docentes, o uso da prova escrita foi prioritário, mas um dos envolvidos mencionou valer-se do modelo dissertativo.

Os docentes entrevistados por Brasil (2007) possuíam, em média, catorze anos de atividade docente. Além disso, o pesquisador observou que o tempo médio de atividade na temática em questão é cinco anos. Todos possuíam pós-graduação e dois deles já tinham concluído a pós-graduação *Stricto Sensu*. O docente com mais tempo de docência só possuía a titulação *Lato Sensu*, porém estava em fase de conclusão do Doutorado. Dois professores tinham formação em área básica e um tinha formação direcionada para a Geriatria/Gerontologia. Apesar de professores efetivos, todos tinham uma dedicação parcial média de 20h/semanais, e dois deles participavam como docentes em outras disciplinas e cursos da área da saúde (BRASIL, 2007).

Os docentes demonstraram interesse em melhorar suas técnicas de ensino e reconheceram a necessidade de melhorar a estrutura curricular para que o ensino da Geriatria e Gerontologia ocorra de forma interdisciplinar e reduza alguns estigmas relacionados ao envelhecimento humano e ao idoso. O estudo de Brasil (2007) evidenciou também que os gestores das escolas médicas precisam capacitar os docentes para o ensino de aspectos inerentes ao envelhecimento, independentemente de sua especialidade.

Outro estudo utilizado como referência para este trabalho foi o de Povinelli (2009). Analisar a situação do ensino da Geriatria no curso de graduação em Medicina em instituições de ensino superior de São Paulo, a partir da ótica do coordenador do curso ou disciplina/módulo de Geriatria foi o objetivo geral do trabalho. Trata-se de um estudo descritivo, que seguiu uma abordagem quantitativa e qualitativa, realizado através de um corte transversal. Participaram da pesquisa 19 indivíduos, sendo 18

coordenadores de disciplina/módulo de Geriatria e um coordenador do curso médico, que responderam a questionários enviados pelos correios ou endereço eletrônico. Os questionários permitiram a coleta de dados pessoais, além de possuírem perguntas abertas e fechadas sobre a inserção e importância da Geriatria nas escolas médicas do Estado de São Paulo, sobre as competências essenciais que um aluno de graduação em Medicina deveria desenvolver para se tornar apto a cuidar de idosos, cenários de ensino e sobre estratégias de ensino aprendizagem e formas de avaliação do estudante.

Ao se analisar os dados do estudo de Povinelli (2009), constatou-se que as instituições de ensino que participaram do trabalho possuíam momentos formais para a inserção da Geriatria ou de conteúdos sobre envelhecimento ao longo do curso de Medicina. Em relação à análise sobre os dados dos coordenadores, observou-se que, apesar de todos possuírem titulação, muitos títulos não eram na área da Geriatria. Foi avaliado também o momento da inserção do conteúdo sobre envelhecimento nos diferentes semestres e constatou-se que, nas faculdades que têm o currículo mais tradicional, a disciplina era oferecida na segunda metade do curso. Por outro lado, aquelas instituições com os currículos tipo “nuclear” e “problematização”, ofereciam a disciplina precocemente.

Na visão dos coordenadores de curso que participaram da pesquisa de Povinelli (2009), há necessidade de incorporação de múltiplos cenários no campo da Medicina geral voltados para avaliação do idoso. Além disso, eles reforçaram algumas competências que o médico com formação geral deveria ter para trabalhar com idosos, a saber: conhecer alguns princípios da Geriatria, saber diferenciar e identificar aspectos da heterogeneidade do envelhecimento, saber utilizar instrumentos de avaliação desta população e trabalhar em equipe multiprofissional. Ademais, os coordenadores mencionaram que as principais barreiras para o ensino de Geriatria estão na dificuldade dos estudantes com, por exemplo, a complexidade das doenças, na diversidade do tratamento, na preocupação com a cura, no estereótipo de perda e morte e na dificuldade de estabelecer uma estratégia conjunta com equipe multiprofissional.

Após discussão aprofundada sobre a formação docente e as concepções sobre o ensino da Geriatria, Povinelli (2009) propôs um currículo baseado em competências, com cenários e estratégias de ensino-aprendizagem e formas de avaliação. Para a autora, as competências a serem desenvolvidas pelo aluno, em relação ao ensino de

Geriatrics na graduação médica, podem ser divididas em conhecimentos, habilidades e atitudes.

Em relação à competência *conhecimento*, o aluno deve desenvolver conhecimentos relacionados ao processo de envelhecimento, diferenças entre envelhecimento normal e patológico, natureza atípica das doenças e da terapêutica, síndromes geriátricas, doenças relacionadas aos diversos órgãos e sistemas mais prevalentes nos idosos, dor crônica, medicina paliativa, princípios éticos, conceitos de deficiência, incapacidade e autonomia, manejo de fármacos, atendimento ativo a idosos, avaliação geriátrica ampla, intervenção precoce, multidisciplinaridade, noções sobre atendimento domiciliar, institucionalização e grupos de apoio e promoção de saúde principalmente nos níveis primário e secundário (POVINELLI, 2009).

Segundo a autora citada, a competência *habilidade* traz a ideia de que o aluno deve ser capaz de fazer uma história médica com idosos, exame físico levando em conta particularidades de sinais clínicos, utilizar escalas próprias de idosos, avaliação com exames complementares, medicar de forma segura e avaliar a eficácia de medicamentos, reconhecer pacientes com problemas psiquiátricos e saber encaminhá-los e estar apto a trabalhar em equipe multidisciplinar.

Para desenvolver a competência *atitude*, de acordo com Povinelli (2009), o aluno deve desenvolver sentimento de confiança para cuidar de idosos, ter uma visão global no cuidado ao idoso, eliminar estereótipos, ter uma postura ética em relação ao final da vida e qualidade de vida e refletir sobre a visão de idade avançada, autonomia e morte.

A referida pesquisa também apontou cenários nos quais os estudantes em formação podem desenvolver atividades, buscando qualificação para atuação com idosos, como unidades de saúde, ambulatórios, hospitais. Para Povinelli (2009), o domicílio também pode ser um cenário interessante, principalmente no que se refere à formação de recursos humanos para o Programa de Saúde da Família. A emergência e a instituição asilar também são locais onde o aluno se depara com idosos debilitados e, portanto, atuar em tais espaços durante o período de formação e de fundamental importância, na medida em que muitos pacientes estarão na condição de fragilidade, exigindo dos estudantes a habilidade de saber como e quando encaminhar para o profissional especializado em Geriatria.

Povinelli (2009) salienta que a sala de aula deve ser utilizada pelo docente de forma criativa, não apenas para a transmissão de conteúdos teóricos. Acredita que, à

medida que o docente domina o conteúdo e se apropria das questões relativas à formação docente, consegue desenvolver estratégias de ensino e aprendizagem criativas, que possibilitam um maior aproveitamento pelos alunos. Essas estratégias devem ser flexíveis e adequadas ao contexto do estudante, o que estimula o aluno a ter uma atitude positiva frente às questões do envelhecimento. Por fim, Povinelli (2009) destaca que as avaliações devem ter um caráter formativo e que devem ser aplicadas ao longo do curso, permitindo ao professor melhorar suas estratégias e ao aluno aprimorar suas competências.

A tese de dissertação de Buarque (2017) teve como objetivo avaliar a situação do ensino de conteúdos de Geriatria e Gerontologia na Faculdade de Medicina de Maceió (FAMED) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Para tal, foi feita uma análise documental de caráter exploratório, do tipo descritiva analítica, com abordagem qualitativa. A análise do conteúdo em saúde do idoso se restringiu ao Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Medicina da FAMED/UFAL, versão 2013, e aos planos de aula com os conteúdos programáticos das disciplinas do corrente ano. Utilizou como base comparativa os conteúdos de Geriatria/Gerontologia referidos nas diretrizes da SBGG. Das 71 competências (40 para o ciclo básico e 31 para o internato) buscadas na matriz curricular do curso de Medicina da FAMED/UFAL, através do PPC e planos de aula, 13 (18,3%) foram encontradas. Ao se fazer uma análise estrutural do PPC, Buarque (2017) referiu que poucos dados sobre transição epidemiológica e demográfica são discutidos, não se correlacionando-se com seu impacto na assistência à saúde e na importância do ensino de conteúdos relacionados ao envelhecimento humano.

Buarque (2017) concluiu que há uma deficiência nos conteúdos de Geriatria e Gerontologia no PPC da FAMED, o que, por consequência, formará médicos com pouco aprendizado na área do envelhecimento e sem competências e habilidades necessárias para um atendimento qualificado para essa faixa etária. Com os dados obtidos na pesquisa, o pesquisador elaborou um plano executivo como sugestão para introdução dos conteúdos pesquisados na matriz curricular. Nele, foi demonstrado que, das 58 competências não previstas, 13 possivelmente necessitavam de reestruturação curricular para serem incluídas. Foi visto, também, que as demais poderiam ser contempladas na matriz existente com as adequações previstas nas DCN e no PPC do curso. Buarque (2017) concluiu que os conteúdos com previsão de ensino, parcial ou total, deveriam ser avaliados quanto à sua abordagem específica

para idosos, tornando o egresso mais capacitado para o atendimento global à saúde da comunidade.

Outro estudo utilizado para a construção desta pesquisa foi o de Lucchetti (2017). O objetivo geral foi avaliar o impacto de diferentes estratégias educacionais para o ensino da Geriatria e Gerontologia durante a graduação médica no desenvolvimento de competências do estudante diante do idoso. Para tal, foi feito um estudo de intervenção em educação, valendo-se de pré e pós-teste com um grupo controle não randomizado, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Os sujeitos da pesquisa foram alunos matriculados na referida faculdade, nas quais as atividades e disciplinas foram propostas. Como instrumentos, foram utilizados questionários de avaliação do conhecimento e atitude perante o idoso, após uma revisão sistemática na literatura. Os alunos do quinto período, além desses questionários, foram submetidos à avaliação prática de habilidades clínicas para verificar o desempenho do estudante no atendimento a pacientes idosos. Os estudantes foram avaliados antes e após as estratégias educacionais previstas.

O referido estudo observou que diferentes estratégias de ensino são capazes de influenciar habilidades, atitudes e conhecimento dos estudantes de Medicina. Com relação aos períodos mais iniciais do curso, estratégias breves de poucas horas foram capazes de modificar atitude e empatia dos alunos. A estratégia “vivência do envelhecimento” foi capaz de aumentar a empatia, pois o estudante experimentou limitações funcionais ligadas ao envelhecimento, se colocando no lugar do idoso.

Em relação à atitude diante da pessoa mais velha, devido à vivência de limitações e incapacidades (visuais, auditivas etc), de acordo com o estudo de Lucchetti (2017), houve piora, provavelmente por julgarem que os idosos não eram capazes de gerenciar a sua vida, já que apresentaram limitações durante a realização das atividades. Por outro lado, a estratégia “mitos em Geriatria” esteve associada a uma melhor atitude, sem interferência na empatia do aluno em relação ao idoso.

Em relação aos estudantes do período clínico, estratégias de ensino mais longas foram capazes de melhorar as atitudes, habilidades e conhecimento dos estudantes. Esses dados mostram a importância de se identificar as estratégias adequadas e em que momentos devem ser aplicadas no curso de graduação médica (LUCCHETTI, 2017). O referido estudo contribuiu para o presente trabalho por demonstrar que, a depender da estratégia de ensino, aquilo que se quer ensinar pode ser aprendido com mais facilidade ou não pelos alunos. O trabalho de Lucchetti (2017)

foi importante também para a construção das questões da entrevista semiestruturada que foi aplicada aos alunos neste trabalho.

Os estudos apresentados nesta seção foram importantes para a construção da presente pesquisa porque trouxeram algumas questões a respeito do ensino da Geriatria na graduação médica. Evidenciaram que existem algumas falhas nos currículos de determinadas instituições no que se refere à Geriatria e apontaram que, muitas outras, ainda não contemplam o ensino do envelhecimento em sua matriz curricular. Os dados de alguns questionários/entrevistas dos referidos trabalhos sugeriram algumas questões que foram aplicadas aos sujeitos desta pesquisa.

Por meio dos resultados apresentados neste mapeamento de estudos realizados, observa-se que os docentes devem estar habilitados para trabalhar os conteúdos com os alunos, lançando mão de diversas estratégias de ensino adequadas para cada período da graduação. Percebe-se também que o ensino da Geriatria deve acompanhar o envelhecimento populacional, ou seja, as instituições devem estar aptas a capacitar os egressos para o atendimento da população idosa, reconhecendo suas particularidades e demandas específicas.

O presente trabalho objetivou analisar a percepção dos alunos em relação às contribuições do ensino da Geriatria para as práticas médicas, além de analisar, junto a profissionais médicos, as consequências do ensino da Geriatria na sua experiência profissional. Tendo em vista que tais objetivos não foram avaliados nos estudos discutidos nesta seção, ratifica-se a importância desta investigação.

Uma vez discutidas as temáticas que norteiam esta pesquisa, que são os aspectos do envelhecimento humano, a transição epidemiológica e demográfica, as políticas de saúde para a população idosa e a capacitação de profissionais para o atendimento ao idoso, os conceitos de Geriatria e Gerontologia, bem como a trajetória histórica das especialidades, o ensino médico, com ênfase na Geriatria e, por fim, as diretrizes curriculares dos cursos superiores dessa área, apresento, no capítulo seguinte, o percurso metodológico utilizado ao longo desta pesquisa.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Conforme já referido, esta pesquisa teve por objetivo investigar as contribuições do ensino da Geriatria na graduação médica. Com base nesse ponto de partida, apresenta-se, neste capítulo, a abordagem metodológica que embasou esta proposta, bem como o campo de investigação, os sujeitos da pesquisa, os procedimentos para produção dos dados e os passos adotados para a análise desses dados.

3.1 Caracterização da pesquisa

Diante do tema proposto neste trabalho, optou-se por uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória tem como objetivo familiarizar o pesquisador com o campo de estudo, validar instrumentos e aprimorar hipóteses. É bastante utilizada em pesquisas cujo tema foi pouco explorado, podendo ser utilizada em fases iniciais do trabalho para obtenção de uma visão geral acerca do assunto e dos sujeitos de pesquisa (GIL, 2017).

Nesse sentido, para a realização do presente trabalho, foi feito um levantamento da literatura, além de uma análise criteriosa das características da população a ser estudada, para planejamento do tamanho da amostra e dos objetivos da pesquisa. Desse modo, pôde-se aprofundar no campo de estudo com mais compreensão do que se objetivava alcançar. Com isso, teve-se a obtenção de dados qualitativos para o direcionamento do estudo e para a geração de dados.

Conforme Triviños (1987) e Marconi e Lakatos (2011), a pesquisa qualitativa foi inicialmente desenvolvida em estudos de antropólogos e, na sequência, por sociólogos, quando investigavam sobre a vida em comunidades. Somente depois é que essa abordagem começou a ser utilizada em pesquisas na área da Educação,

Saúde e outras. Sendo assim, a pesquisa qualitativa surgiu como uma importante alternativa nas investigações em Educação e em Ensino, possibilitando diferentes enfoques, uma vez que se preocupa com a compreensão e com a interpretação do fenômeno. Além disso, considera o significado que outros pesquisadores atribuem ao evento estudado, o que permite ao pesquisador interpretar e explicar as informações (GONSALVES, 2011).

Segundo Moraes e Galiuzzi (2013), a pesquisa qualitativa tem como objetivo realizar uma análise rigorosa e criteriosa dos fenômenos para tentar compreendê-los. Sua intenção é interpretar, compreender e reconstruir conhecimentos existentes em relação ao tema investigado, embora não se proponha testar hipóteses para comprová-las ou rejeitá-las.

Sob essa perspectiva, o presente trabalho é exploratório e qualitativo porque buscou analisar, após levantamento da literatura e avaliação das características dos sujeitos da pesquisa, não só o entendimento dos alunos de Medicina acerca das contribuições do ensino da Geriatria na graduação médica, como também a percepção dos profissionais que atuam junto a idosos. Não foram testadas hipóteses ou ideias, sendo apenas relatadas a opinião dos grupos em estudo.

3.2 Contexto do campo da pesquisa

Nesta pesquisa, o campo de investigação escolhido foi uma faculdade privada de Medicina de uma cidade do interior da Bahia, bem como os serviços de saúde do município. A instituição surgiu nos anos de 1980, como colégio. Com o tempo, foi crescendo e, em 20 de setembro de 2002, foi inaugurado o campus da referida faculdade, hoje Centro Universitário. A instituição foi pioneira em educação superior na região do semiárido da Bahia e conta, atualmente, com sete polos no interior do Estado, contemplando mais de 54 municípios nas regiões nordeste da Bahia e centro-sul de Sergipe. Possui aproximadamente 5,6 mil alunos, estimativa realizada no primeiro semestre de 2020, e aproximadamente de 16 mil egressos.

A faculdade de Medicina em que foi realizada parte desta pesquisa começou a funcionar em 2017, em instalações provisórias e, em novembro de 2018, foi inaugurado o campus oficial, onde funcionam, além do curso de Medicina, os cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Educação Física, Psicologia, Engenharia Civil, Pedagogia, Administração e Direito. Atualmente, 330 alunos cursam

Medicina e são oriundos de estados diversos do país, sendo a Bahia o estado de maior prevalência. Os discentes são admitidos por meio de seleção pelo vestibular ou por sua classificação no Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), além de transferência externa. As aulas são em tempo integral e, no momento atual, estão sendo realizadas a distância devido à pandemia do Coronavírus (Covid-19).

A faculdade ainda não possui hospital próprio e suas atividades são desenvolvidas em instalações que simulam serviços médicos, bem como em alguns laboratórios localizados no próprio campus. Além disso, os alunos realizam práticas em unidades de saúde do município, mediante o estabelecimento de parcerias da faculdade com a instância governamental local. Fazem parte do quadro de docentes 27 professores, sendo treze médicos, sete enfermeiros, cinco biólogos, um letrólogo e um farmacêutico. Em relação à titulação, sete docentes possuem mestrado e quatro possuem doutorado. A residência médica já foi aprovada pelo MEC e está em processo de instalação, com previsão de início para março de 2021.

A escolha por esta instituição ocorreu pelo fato de eu atuar nela desde 2018, onde lecionei, até o primeiro semestre de 2020, os módulos de “Processo de Envelhecimento” e “Habilidades Clínicas”. No semestre em curso, por mudanças curriculares, estou responsável por um módulo clínico, que não aborda especificamente a Geriatria.

Em relação aos serviços de saúde, destaca-se que, na cidade onde foi realizado o presente estudo existem duas instituições voltadas exclusivamente à saúde do idoso: um Centro de Convivência do Idoso e um Lar de Idoso. O Centro de Convivência do Idoso foi fundado em 2000 e reinaugurado em março de 2017. Funciona de segunda a sexta-feira, das 13h às 17h30min, e possui mais de 400 idosos cadastrados, com uma frequência diária de aproximadamente 150 idosos. Os seguintes funcionários fazem parte do quadro de trabalhadores: uma professora de educação física, uma professora de teatro, dois oficineiros de artes, um psicólogo, um fisioterapeuta, um assistente social, um nutricionista, um médico geriatra, um professor de culinária, dois enfermeiros, uma professora de alfabetização, dois instrutores de informática, uma cabelereira, duas cozinheiras, um jardineiro, dois auxiliares de serviços gerais e uma coordenadora. Alguns desses profissionais têm especialização na área de Gerontologia/Geriatria. O médico geriatra realiza atendimentos aos pacientes três vezes no mês. São atendidos idosos da sede, da zona rural e de municípios vizinhos. Vale ressaltar que os dados aqui apresentados

dizem respeito ao funcionamento da instituição antes da pandemia da Covid-19, visto que a instituição se encontra fechada atualmente.

O Lar do Idoso foi fundado em 1962 e atende 51 idosos de forma permanente, ou seja, os idosos moram na instituição. Atualmente, constam como trabalhadores fixos catorze funcionários, entre eles, quatro técnicas em enfermagem, duas cozinheiras, uma lavadeira e os demais cuidadores. Todos passaram por cursos de cuidadores oferecidos pela Secretaria de Ação Social e pelo Centro de Referência de Assistência Social. Alguns médicos prestam serviços esporádicos à unidade, como nefrologista, cardiologista e clínico. Há atendimentos com o geriatra também, que frequentemente comparece à instituição. O atendimento médico prestado no Lar dos Idosos é voluntário e, também por conta da pandemia da Covid-19, encontra-se suspenso.

Além dos referidos serviços de atendimento ao idoso, o município possui 19 Unidades Básicas de Saúde, sendo onze na sede e oito na zona rural. Em todas as unidades, funciona o Programa Hiperdia, que é voltado ao atendimento de hipertensos e diabéticos, em sua maioria, idosos. Não há referência de atendimento voltado unicamente ao idoso nessas unidades de saúde.

Na cidade campo da pesquisa também há um hospital público no qual não existem profissionais capacitados formalmente para atendimento ao idoso. Entretanto, diariamente, segundo seu diretor clínico, diversos idosos são atendidos na emergência e no setor de internamento.

3.3 Os sujeitos da pesquisa

Os sujeitos envolvidos neste trabalho são quatro médicos³ de um município do interior da Bahia, que exercem suas atividades em diversos setores da saúde, como medicina da família e emergência, sendo um deles médico geriatra. Apenas dois profissionais tiveram Geriatria na graduação, embora de forma superficial. Apesar da deficiência na graduação, todos os profissionais referem trabalhar diariamente com o público idoso.

³ Para preservar o anonimato dos entrevistados, usou-se A1, A2, A3, e assim sucessivamente, nos comentários oriundos de alunos, e P1, P2, P3 e P4 nos dados coletados com os profissionais médicos.

O sujeito P1 tem 39 anos e é formado no curso de Medicina da Universidade Severino Sombra, Vassouras (RJ), em 2007. Fez especialização em Geriatria e atende pacientes em consultório e no Centro de Idoso desde 2013. Já o sujeito P2 tem 39 anos e concluiu Medicina na Universidade do Sul de Santa Catarina, em 2007. Não fez especialização e atende na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município e em uma Unidade de Saúde da Família da mesma cidade. O sujeito P3, por sua vez, tem 33 anos e formou-se em 2010, na Faculdade Aparício Coelho Carvalho, Porto Velho (RO). Atua na área de cardiologia há cinco anos e na gestão hospitalar há sete anos. Atualmente é diretor médico do Hospital Municipal da cidade, atende em consultório na área de cardiologia e também em emergência hospitalar. Esse profissional não tem especialização na área de Geriatria/Gerontologia. Por fim, o sujeito P4 tem 39 anos, terminou a Faculdade de Medicina em Buenos Aires, Argentina, em 2016, exercendo a profissão desde então em emergências hospitalares e Unidade de Saúde da Família desse município do interior da Bahia.

Caber referir, ainda, que P2 leciona na faculdade de Medicina campo desse estudo, entretanto não possui mestrado e/ou doutorado. Nenhum dos outros profissionais tem experiência na área de docência, assim como não possuem mestrado e/ou doutorado. A escolha por esses profissionais ocorreu por meio de indicação de docentes da faculdade moradores no município, que conheciam os profissionais da cidade, e sabiam os que trabalhavam com idosos.

Também são sujeitos da pesquisa os alunos da faculdade de Medicina (contexto deste estudo), matriculados no segundo e no terceiro semestres, sendo quatro alunos de cada turma. Os sujeitos A1, A2, A3 e A4 estavam cursando o segundo semestre na ocasião das entrevistas, e os demais estavam no terceiro semestre.

O Quadro 2, a seguir, apresenta características dos alunos entrevistados.

Quadro 2 - Características dos alunos entrevistados

Alunos	Gênero	Idade	Origem
A1	Feminino	32 anos	Petrolina (PE)
A2	Masculino	22 anos	Irecê (BA)
A3	Feminino	23 anos	Alagoinhas (BA)
A4	Feminino	26 anos	Canarana (BA)

A5	Feminino	25 anos	Jacobina (BA)
A6	Feminino	21 anos	Penedo (AL)
A7	Feminino	26 anos	Brumado (BA)
A8	Feminino	20 anos	Capim Grosso (BA)

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

De acordo com o Projeto Pedagógico do curso em estudo, o módulo de Geriatria, denominado Processo de Envelhecimento, é ministrado aos alunos do terceiro semestre, contando com uma carga horária total de 126h, sendo 76 horas de aulas teóricas e 50 horas de aulas práticas. Nesse módulo, os alunos têm contato com questões sobre o envelhecimento, no entanto, conforme já mencionado, esse assunto será também abordado em outros momentos ao longo do curso, inclusive no Internato, já que o método de ensino da instituição é em espiral, ou seja, sempre retorna a assuntos/temas vistos previamente (INSTITUIÇÃO PESQUISADA, 2015).

Sendo assim, o objetivo de investigar a impressão dos alunos acerca da contribuição do ensino da Geriatria na prática médica e a importância da sua obrigatoriedade na graduação. Optou-se por desenvolver o trabalho com alunos do segundo e do terceiro a fim de estabelecer um comparativo entre os que cursaram o módulo de Geriatria e os que não cursaram. A partir disso, foi possível perceber se havia divergência entre a opinião dos dois grupos de alunos. É importante frisar, ainda, que a inclusão dos alunos para compor a pesquisa foi realizada de forma aleatória, por meio de sorteio simples.

3.4 Coleta de dados

Para a obtenção de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito alunos da faculdade de Medicina de um município baiano e com quatro médicos da cidade, que atuam diariamente com a população idosa. O roteiro da entrevista foi pensado previamente de acordo com o que se pretendia com o estudo. Destaca-se que, em relação ao processo de desenvolvimento das entrevistas, agendou-se um dia, local e horário, por meio de contato telefônico prévio com os sujeitos da pesquisa. Segundo Triviños (1987), é importante que o sujeito da pesquisa e o pesquisador estabeleçam a programação, fixando também a duração aproximada das entrevistas.

Durante as entrevistas, Marconi e Lakatos (2011) ressaltam ser importante o pesquisador preocupar-se em proporcionar um ambiente de confiança e, aliado a isso, evitar interrupções, ruídos, conversas, música, telefonemas etc., pois podem prejudicar a entrevista. Levando em considerações essas recomendações, as entrevistas foram realizadas em locais pré-estabelecidos pelo sujeito e buscou-se preservar o mínimo de ruídos e interferências.

No início de cada entrevista, os sujeitos participantes foram informados dos objetivos da pesquisa, dando ênfase à importância da sua contribuição para o desenvolvimento da investigação proposta. Foi também evidenciado o compromisso com o anonimato, deixando explícito aos entrevistados que sua identidade não seria revelada.

A entrevista semiestruturada realizada com os estudantes (APÊNDICE A) teve o objetivo de investigar a impressão dos alunos acerca da contribuição do ensino da Geriatria na prática médica e a importância da sua obrigatoriedade na graduação. Os alunos participantes da pesquisa também foram questionados em relação aos conhecimentos sobre temas na área de Geriatria/Gerontologia considerados fundamentais para a prática médica futura.

Também foi realizada uma entrevista semiestruturada com os profissionais médicos que, mesmo não intencionalmente, lidam com idosos (APÊNDICE B). O foco dos questionamentos feitos a esse grupo foi o conhecimento na área da Geriatria/Gerontologia, se cursou disciplina relacionada ao tema na graduação e dificuldades encontradas no atendimento ao idoso no cotidiano.

O conteúdo das entrevistas (tanto dos alunos como dos profissionais) foram gravados, para posterior transcrição. Destaca-se que, antes de iniciada a entrevista e a gravação, cada entrevistado foi convidado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi o mesmo para aluno e profissional, conforme Apêndice C. Importa salientar, ainda, que a pesquisa passou pela apreciação do Comitê de Ética da Faculdade, tendo sido aprovada sob o parecer número 4.247.929.

3.5 Análise dos dados

Os dados produzidos nesta pesquisa foram analisados por meio da abordagem de Análise Textual Discursiva (ATD), descrita por Moraes e Galiazzi (2013). Segundo os autores, as investigações podem surgir a partir de textos que já existem ou de

dados produzidos por meio de observações e/ou de entrevistas. Como já mencionado, a presente pesquisa valeu-se de dados fornecidos por entrevistas semiestruturadas.

A ATD é uma metodologia de etapas extremamente minuciosas, requerendo do pesquisador a atenção e a rigorosidade em cada etapa do processo. A primeira etapa consiste no processo de unitarização, em que o texto é desconstruído, ou fragmentado, em unidades de significado, a partir do destaque de elementos importantes do texto. A segunda etapa consiste na categorização, que corresponde a simplificações, reduções e sínteses de informações, resultando na formação de conjuntos de elementos que possuem algo em comum (MORAES; GALIAZZI, 2013).

Como resultado desse processo, segundo os autores, têm-se o metatexto, constituindo o terceiro momento do ciclo de análise. O metatexto traz informações e interpretações capazes de apresentar novos modos de compreender os fenômenos investigados, a partir das categorias que foram transformadas em textos (MORAES; GALIAZZI, 2013). A elaboração dos metatextos é característica central do processo de desenvolvimento desta metodologia, tendo em vista que possibilita ao pesquisador exercitar uma atividade demasiadamente importante em sua constituição: o exercício da escrita.

No presente trabalho, após análise criteriosa dos áudios contendo as entrevistas, foram agrupados os trechos que se assemelhavam, juntando-se respostas das entrevistas dos profissionais e dos alunos. Assim, foram elaboradas três categorias que serão discutidas no próximo capítulo.

4 O ENSINO DA GERIATRIA NA GRADUAÇÃO MÉDICA: IMPORTÂNCIA, DESAFIOS E PERCEPÇÕES

Neste capítulo, para refletir sobre as contribuições do ensino da Geriatria na prática médica, transcrevo as falas dos entrevistados e as correlaciono com o referencial teórico que embasou esta pesquisa. Convém reafirmar que tais entrevistas foram realizadas com doze sujeitos, sendo oito alunos de uma faculdade do interior da Bahia e quatro médicos atuantes na mesma cidade.

Os dados emergentes dos entrevistados foram organizados em três categorias. A primeira categoria, intitulada *Importância do ensino da Geriatria na graduação médica*, discute a percepção dos alunos e dos profissionais médicos entrevistados sobre a necessidade do ensino da Geriatria na graduação. A segunda categoria, denominada *Perspectivas sobre o ensino da Geriatria na graduação médica*, traz a visão dos sujeitos investigados acerca da forma como a Geriatria deve ser ensinada, quais os profissionais que devem estar à frente da docência e qual a estruturação do currículo. Já a terceira, intitulada *Consequências da ausência da Geriatria na graduação na prática médica*, contempla as dificuldades encontradas por profissionais médicos e os obstáculos que os egressos provavelmente terão que enfrentar, baseando-se em currículos que, de um modo geral, não são estruturados para atender às necessidades de saúde do idoso de uma forma global.

4.1 Importância do ensino da Geriatria na graduação médica

Os indivíduos entrevistados afirmaram ser importante o ensino da Geriatria na graduação médica, tendo em vista o envelhecimento populacional, a necessidade não

só de saber diferenciar o que é patológico do que é fisiológico no idoso como também de identificar as suas particularidades, além de reconhecer as patologias mais prevalentes entre eles. Nesse contexto, esta categoria foi subdividida em quatro subcategorias a saber: *Envelhecimento populacional; Diferenciação do que é patológico e fisiológico do envelhecimento; Reconhecimento das particularidades dos idosos; e Identificação das doenças prevalentes.*

4.1.1 Envelhecimento populacional

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em países desenvolvidos, é considerado idoso o indivíduo acima de 65 anos. Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o indivíduo acima de 60 anos é considerado idoso. Essa diferença está relacionada com o fato de a expectativa de vida ser maior nos países desenvolvidos, pois a população tem maior acesso aos serviços de saúde e às melhores condições de vida (MONTANHOLI *et al.*, 2006).

Contudo, vale ressaltar que, embora a definição cronológica seja a mais aceita, o indivíduo envelhece durante todo o seu processo vital e não apenas a partir dos 60 ou 65 anos. Isso porque, como já dito previamente, o envelhecer é um processo contínuo e individual, inato ao ser, de forma complexa e com múltiplos fatores envolvidos (PEREIRA; SCHNEIDER; SCHWANKE; 2009).

Acerca desses aspectos, quando questionados sobre a definição de idoso, todos os discentes entrevistados usaram, como base, a idade cronológica. Alguns, entretanto, confundiram a idade a partir da qual o indivíduo é considerado idoso, a exemplo do aluno A7: *“Idoso tem mais de 65 anos”*.

Para aprofundar a discussão acerca do idoso, é preciso levar em conta o fenômeno do envelhecimento populacional, evidenciado pelo alargamento do topo das pirâmides etárias, que é uma realidade em todas as nações. Com a redução das taxas de fecundidade e de mortalidade infantil, houve um aumento do número de indivíduos idosos e, com isso, o aumento de doenças crônico-degenerativas, como já apontado por Freitas (2017). Esse processo de envelhecimento promove mudanças no âmbito psicológico e biológico, determinando limitações físicas e intelectuais que influenciam na resposta do indivíduo com o meio e na sua interação com a sociedade (NETTO, 2002).

É preciso considerar também que os próprios idosos encontram-se em posição de mudança, já que continuam envelhecendo. A exemplo disso, observa-se que o número de idosos acima de oitenta anos torna-se cada vez maior e isso tem ganhado relevância social, porque esses indivíduos demandam maior necessidade do uso de serviços sociais e de saúde.

De acordo com Vanzella (2015), tal contexto de aumento da expectativa de vida geral dos indivíduos evidencia a necessidade de formação de recursos para o atendimento ao público idoso. Não obstante, de acordo com Pereira (2010), menos da metade dos projetos pedagógicos de graduação médica das escolas brasileiras contempla a Geriatria e a Gerontologia.

A percepção do envelhecimento populacional e da necessidade de profissionais capacitados para cuidar dos idosos ficou explícita nos comentários dos entrevistados⁴, conforme segue:

[...] o Brasil se encontra com as pessoas aumentando cada vez mais a expectativa de vida e tendo mais idosos; então a população vai precisar bastante desses profissionais. (A1)

De maneira prática, a população vai ficando mais velha no mundo inteiro e no Brasil também. Então é uma área mais necessária do que nunca. (A2)

Segundo Miranda, Mendes e Silva (2016), por conta do envelhecimento populacional, o país deve procurar alternativas para manter seus cidadãos idosos socialmente e economicamente integrados e independentes. Para isso, é fundamental que os profissionais de saúde que atenderão essa população compreendam o processo do envelhecimento. Sob essa linha, também se percebe que muito provavelmente não haverá especialistas suficientes para toda a demanda de idosos e, por consequência, o atendimento dos pacientes geriátricos deverá, por muito tempo, continuar sendo feito por médicos de outras áreas.

Uma parcela considerável da população e que tem aumentado; você tem que ter uma ideia de como tratar (lidar) essas pessoas, quais as particularidades eles vão apresentar. (A2)

Cada vez mais a população está envelhecendo e está envelhecendo principalmente por doenças crônicas, esses idosos vão ser a gente no futuro. Está tendo um grande número de idosos com doenças crônicas, outras

⁴ Destaca-se que as respostas dos alunos e dos profissionais entrevistados será escrito em itálico para diferenciar dos excertos oriundos dos autores que serviram de referencial teórico nesta dissertação. Além disso, os escritos não foram corrigidos, preservando-se a fala do entrevistado.

patologias, negligência, de desatenção, coisas que podem ser evitadas, então eu acho que por isso é importante estudar. (A3)

Fora que a população do Brasil está se tornando cada vez mais idosa, então é bem importante. (A 4)

Nos comentários dos entrevistados, fica evidente a preocupação com o número elevado de idosos no futuro, o que também é referenciado nos dados do IBGE (2018), segundo os quais, em 2031, haverá mais idosos do que jovens no Brasil. O aumento do número de idosos deve ser acompanhado por melhoria no atendimento desse grupo populacional. E, para isso, é necessário que políticas de saúde sejam implementadas para atendimento de suas necessidades e que os profissionais de saúde estejam capacitados para identificar as particularidades do idoso (SBGG, 2014).

Os alunos entrevistados consideram importante a presença da Geriatria na matriz curricular para capacitá-los para o atendimento desse grupo populacional, como se evidencia no trecho a seguir, proferido por A5. Essa percepção é relevante por mostrar a preocupação dos futuros profissionais que atenderão os idosos.

Nem todas as pessoas farão residência, pós-graduação para o idoso específico, mas todo clínico, em emergência ou qualquer especialidade, neuro, cardíaco, pneumo terão pacientes idosos. Então é necessário que tenham uma base, um domínio sobre o assunto para que consigam diagnosticar, tratar e cuidar dos idosos.

Observa-se, no comentário do A5, a preocupação com o profissional médico, pois independente da sua área de atuação, em algum momento de sua atividade profissional, provavelmente, irá lidar com idosos, já que o envelhecimento populacional é inevitável e está ocorrendo em todo o Brasil (GALERA, 2017). Conforme apontado por A5, para diagnosticar, tratar e cuidar dos idosos, é necessário um embasamento em Geriatria e Gerontologia e, para isso, é importante que os temas acerca do envelhecimento sejam discutidos na graduação. Atualmente, segundo o Conselho Federal de Medicina (2019), existem no Brasil 338 escolas médicas em funcionamento, entretanto não há dados sobre as escolas que oferecem conteúdo específico sobre envelhecimento e/ou atividades específicas no internato.

Os entrevistados a seguir também destacam a necessidade da Geriatria na graduação, apontando o mesmo argumento de que a população idosa está crescendo a cada ano e, portanto, será o público a ser atendido por eles:

O Brasil está envelhecendo. Provavelmente daqui a alguns anos teremos mais pessoas idosas do que jovens. Por isso o estudo para eles é ideal. Por isso acho que seja uma matéria importante. (A6)

Principalmente porque na nossa população está predominante a população mais velha, idosos, e também porque não vamos só encontrar adultos nos consultórios, vai vir idoso, criança. (A7)

O atendimento ao idoso é fundamental tendo em vista que a população idosa tem crescido no contexto geral. É fundamental a gente ter esse conhecimento para poder atender da melhor forma possível. (A8)

Nessas passagens, observa-se que os entrevistados têm o entendimento acerca da necessidade da Geriatria na graduação médica, haja vista que isso irá torná-los aptos no reconhecimento dos problemas de saúde nesse grupo populacional. Segundo Cardoso (2018), a Geriatria tornou-se uma especialidade necessária não só para a formação médica, como também para a formação dos demais profissionais que atuam na área de saúde, pois contribui para que haja uma abordagem assertiva das doenças mais frequentes nessa faixa etária, associada ao manejo adequado de medicamentos. De acordo com o referido autor, isso é essencial para a preservação da autonomia e independência do idoso.

Os profissionais médicos entrevistados também salientaram a importância do ensino da Geriatria na graduação devido ao envelhecimento populacional e por ser uma realidade na prática médica. Foram recorrentes as ponderações acerca da demanda de atendimento de pacientes geriátricos, seja em consultórios, unidades de saúde da família, emergências ou internamentos hospitalares:

Totalmente importante. A população está envelhecendo, cada vez mais a pirâmide tende a se inverter. Essa problemática que a gente fala aqui é que os alunos, futuros médicos, vão pegar no dia a dia na prática, nos postos de saúde, em emergências hospitalares ou até nas próprias especialidades. Então a gente tem que estar preparado para lidar com essa problemática porque a tendência é crescer cada vez mais e sem um curso adequado, vai ter uma base muito mais fraca. (P1)

Tem que ser disciplina obrigatória, principalmente de agora em diante que vai ter um maior percentual de idosos. Até 2030 vai ter um número maior de idosos, serão não sei quantos milhões de idosos, vai ter o envelhecimento da população. Então a partir de agora tem que ter. (P2)

A realidade nossa é que a população está envelhecendo, então você atende uma demanda muito alta de paciente geriátrico. (P3)

O ensino é importante porque vai atender uma demanda muito alta de paciente; quando você for fazer emergência, PSF, um consultório, você vai ter uma demanda muito grande de paciente geriátrico. (P3)

Como se pode ver, os profissionais entrevistados têm a percepção do envelhecimento populacional e, conseqüentemente, da necessidade de o médico egresso estar preparado para lidar com essa situação. Sendo assim, não se pode contar apenas com a formação de especialistas em Geriatria para atender o idoso na proporção necessária. Qualquer médico, independente da especialidade, deve estar minimamente preparado para atender esse grupo da população. Liang (apud FREITAS, 2017) complementa que, além de especialistas, deve-se formar profissionais sensibilizados para as questões do envelhecimento.

Diante de tais considerações, Vanzella (2015) menciona que a atenção adequada à saúde do idoso exige conhecimentos específicos diferentes daqueles essenciais ao atendimento de adultos jovens. No entanto, o autor pondera que dados da literatura demonstram que alguns profissionais têm dificuldade em atender essa população. Nessa mesma linha argumentativa, para Vianna (2010), cuidar de idoso vai além de identificar a doença e estabelecer uma conduta terapêutica. É necessário estar atento à qualidade de vida, à autonomia, à funcionalidade, ao suporte familiar e social, objetivando a prevenção de enfermidades e tratando adequadamente qualquer condição vigente. Portanto, de acordo com a referida autora, para um bom atendimento ao paciente geriátrico, é importante um olhar sensibilizado para as necessidades do idoso que, na maioria das vezes, não se restringem às condições de saúde.

Embora haja entendimento da importância da Geriatria tanto por parte dos alunos quanto por parte dos profissionais entrevistados, esse assunto geralmente não faz parte da matriz curricular da maioria das faculdades médicas do Brasil. O depoimento de P4 lamenta essa situação: *“[A Geriatria é] totalmente importante considerando que atendemos muitos idosos. 40% da minha população aqui é de idosos e não fiz nenhum curso específico para atender essa população.”*

Galera *et al.* (2017) destacam que, nas escolas médicas, fazem parte do programa curricular os ciclos de Pediatria, Ginecologia, Cirurgia e Clínica Geral. Algumas disponibilizam a disciplina de Geriatria no ciclo clínico, mas isso não ocorre na maioria dos cursos. Assim, de acordo com os referidos autores, formar profissionais habilitados para um atendimento de qualidade para o idoso é um desafio educacional para os países em desenvolvimento.

Diante do exposto, mudanças na matriz curricular e a obrigatoriedade da Geriatria na graduação médica, assim como já existe para a Ginecologia e Pediatria,

por exemplo, são prementes. Isso foi citado também por alguns profissionais entrevistados.

Porque na verdade você tem na grade curricular, pediatria, específico GO [ginecologia e obstetrícia], mas não tem para o idoso. Embora hoje sejamos um país com expectativa de vida maior, o público de idosos naturalmente vai aumentar. Então o mesmo cuidado que temos com a criança, deveríamos ter com o idoso. Temos ginecologia para cuidar da mulher, uro [urologista] para cuidar principalmente do homem, mas especificamente para cuidar do idoso não temos. Eu acho que com a mudança do perfil da sociedade cada vez mais a gente se dá conta da necessidade de ter também grade específica na graduação para o idoso. (P4)

Segundo Veras e Oliveira (2016), a prática médica brasileira voltada ao idoso e executada atualmente pelos médicos é fragmentada, com múltiplas consultas de especialistas, informações não compartilhadas, prescrição de diversos fármacos, procedimentos e exames. O modelo praticado nos dias atuais é o mesmo de quando o Brasil era um país de jovens e prevaleciam as doenças agudas. Entretanto, há um predomínio de doenças crônicas, que demandam ações voltadas para a prevenção e retardamento de condições clínicas, além de uma atuação para manter a autonomia e a independência (VERAS; OLIVEIRA, 2016).

Assim como existem profissionais capacitados para o atendimento especializado em crianças, mulheres e homens, como citado pelo Profissional P4, deveria haver o profissional capacitado para o atendimento à população idosa. Esse profissional deve ter uma atuação voltada à identificação precoce dos riscos de fragilização do paciente, priorizando a reabilitação em tempo hábil. O cuidado com a saúde do idoso deve ser estruturado de forma a centrar na pessoa, considerando suas necessidades especiais (VERAS; OLIVEIRA, 2016).

Além de haver necessidade de profissionais para o atendimento ao idoso devido ao envelhecimento populacional, esses profissionais devem compreender o que é patológico e o que faz parte do envelhecimento populacional, o que será apresentado na subcategoria a seguir.

4.1.2 Diferenciação do que é patológico e fisiológico do envelhecimento

O envelhecimento é caracterizado por alterações previsíveis, progressivas, associadas ao aumento da suscetibilidade para muitas doenças. Esse processo não é uniforme entre as pessoas (HAYFLICK, 2003; TAFFET, 2019). Entretanto, algumas

alterações ocorrem em todos os idosos. Segundo Freitas (2017), com o passar dos anos, há redução da água corporal, da musculatura e da massa óssea, em contrapartida, há aumento da gordura, principalmente em torno da cintura pélvica. Ocorrem também alterações cardiovasculares, como enrijecimento das paredes arteriais e calcificação da aorta. No sistema respiratório, há redução da atividade mucociliar, aumento do volume residual entre outras modificações. Essas mudanças sofridas pelo indivíduo com o envelhecimento devem ser reconhecidas pelo médico, do contrário, serão erroneamente consideradas patológicas.

Mota e Aguiar (2007) afirmam que conceitos específicos da Geriatria e Gerontologia, como as síndromes geriátricas, devem ser do conhecimento do profissional de saúde que atua com idosos. Além disso, argumentam ser essencial identificar os processos que fazem parte da senescência. Para os referidos autores, o profissional que lida com idoso deve reconhecer as alterações típicas do envelhecimento, além de estar capacitado para trabalhar temas como reabilitação, fragilidade, independência, autonomia, que com frequência não são vistos na graduação médica.

Para Mota e Aguiar (2007), é significativo diferenciar o que é patológico e fisiológico do envelhecimento. Essa preocupação também foi citada por entrevistados quando questionados sobre a importância do ensino da Geriatria na graduação médica:

Eu acho que principalmente saber o que é fisiológico e o que pode ser patológico; o que pode ser natural e o que pode não ser mais natural do envelhecimento. (A3)

[...] com o passar do tempo o organismo do ser humano vai se modificar e é importante você entender essas modificações para saber se é patológico ou se é normal. (A4)

As modificações que ocorrem no organismo com o passar dos anos, citadas pelo aluno A4, referem-se às alterações nos diversos sistemas. No sistema cardiovascular, por exemplo, quando o idoso faz esforço, não há um aumento da frequência cardíaca e da força do coração, como esperado para um adulto jovem. Caso o profissional não tenha conhecimento de que isso faz parte do envelhecimento, pode considerar essa reação como patológica. O referido aluno comenta que “A

própria PA⁵ que o valor é tolerado normal e no adulto a gente pode interpretar como algo patológico”.

Por conta das alterações que ocorrem nos diversos sistemas dos idosos, existem achados no exame físico que podem ser reconhecidos como patológicos, partindo-se do que se encontra em indivíduos adultos. Alguns desses achados foram citados durante as entrevistas como importantes de serem reconhecidos pelo profissional que atende esse grupo populacional, como pode ser percebido no comentário de A6: *“Que ele saiba que crêpitos bibasais em idoso são normais. Que ele não traga mais transtorno. Se ele não conhecer, vai achar que é patológico, vai fazer o idoso se deslocar, já com toda certa fragilidade do idoso e levar mais incomodo ou algo assim”.*

A fisiologia do envelhecimento deve ser compreendida e reconhecida por aqueles que atuam diretamente com os idosos na área da saúde. Esses profissionais devem estar aptos a identificar as modificações sofridas pelos diversos sistemas com a senescência. O rim, por exemplo, tem seu peso diminuído com o passar do tempo, além de haver uma redução da área de filtração glomerular e, conseqüentemente, das suas funções fisiológicas. Além disso, há perda de estruturas corticais renais, que podem condicionar graus diferentes de esclerose, atrofia e hiperplasia de vasos, glomérulos, túbulos e interstício renal. A consequência desse fenômeno é a redução da função renal e maior vulnerabilidade aos agressores renais, a exemplo de algumas medicações, como os anti-inflamatórios não esteroidais (FREITAS, 2017).

Outro sistema que sofre modificações com o envelhecimento é o musculoesquelético. Com o passar dos anos, há redução do comprimento e da elasticidade dos tendões e ligamentos. Também é notável a perda de massa muscular e da viscosidade dos fluídos sinoviais. Essas alterações, de acordo com Fachine e Trompieri (2012), tornam os idosos mais suscetíveis a quedas, torções e luxações.

Cardoso (2018) destaca que reconhecer as alterações dos diversos sistemas provocadas pelo envelhecimento é fundamental para aqueles que lidam com a saúde de idoso. Com isso, diminui-se a ocorrência de iatrogenias e torna-se possível desenvolver estratégias que atenuem os efeitos da senescência, de forma a garantir um envelhecimento autônomo e com qualidade. Essa ideia é destacada por P2, no seguinte trecho da entrevista:

⁵ Pressão Arterial

É normal o declínio da função renal com a idade. Você chega em certa idade tem que fazer ajuste de doses, tem que trabalhar sobre a prevenção de quedas. Aumentou o número de DSTs⁶ em idosos também porque aumentou o uso de remédios para impotência sexual, por toda essa importância eu acho que tem que ter na grade curricular da faculdade. É importante também ter na grade curricular pelas mudanças fisiológicas no corpo do idoso, que requer mudanças no tratamento e uma visão diferente até na parte clínica, como também no trauma. O idoso tem risco maior de fraturas, menor quantidade de água corpórea, tudo isso influencia no trauma.

Dois erros são comuns de os profissionais da saúde cometerem em relação a esse grupo populacional e devem ser continuamente evitados. O primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças. O segundo é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Esses erros podem ser evitados desde que as pessoas que lidam diretamente com os idosos consigam realizar a diferenciação entre o que é patológico e o que é fisiológico, conforme percebe-se nas seguintes falas dos entrevistados:

Eu acho que é você saber o que é fisiológico e o que é patológico. Porque muitos médicos acabam se confundindo, às vezes é fisiológico do idoso e tratam como patológico, e acabam piorando aquela situação. (A7)

As alterações, as modificações anatômicas e fisiológicas que ocorrem com o envelhecimento é porque ocorrem. A questão também das práticas e dos hábitos de vida da pessoa, que também são importantes para lhe direcionar. Por exemplo, a pessoa é tabagista, aquilo é patológico ou fisiológico, relacionando com o hábito de tabagismo. (A8)

Para os alunos A7 e A8, a dificuldade em reconhecer o que é patológico e fisiológico pode levar à confusão no diagnóstico e no tratamento o que, por sua vez, é capaz de causar danos ao paciente. Como exemplificado, o tabagismo pode levar a alterações no sistema respiratório do indivíduo, semelhante ao que é achado no exame físico normal do idoso, como é o caso do aumento do diâmetro anteroposterior do tórax e crépitos em bases pulmonares (FREITAS, 2017). Então, diante do relato do hábito de fumar, o médico deve estar atento para reconhecer se o que vai encontrar

⁶ Doenças Sexualmente Transmissíveis

é decorrente do tabagismo, se é próprio do envelhecimento, ou se é secundário a ambas as condições.

Outro aspecto abordado pelo aluno A8 é a redução de encaminhamentos sem necessidade, ao se reconhecer os processos naturais do envelhecimento, conforme trecho que segue:

É fundamental a gente ter esse conhecimento para poder atender da melhor forma possível. Se eu sei que aquilo é normal do envelhecimento, não vou encaminhar o paciente para especialista porque aquilo não é comum para mim, eu não tinha conhecimento sobre aquilo. É um transtorno, o paciente pode ficar assustado, achando que é algo patológico, sendo que na verdade é fisiológico. (A8)

De acordo com Veras e Oliveira (2016), ao se encaminhar o paciente apenas quando avaliado com atenção, além de diminuir a insatisfação e o deslocamento desnecessário do usuário, reduzem-se os custos na área da saúde. Segundo os referidos autores, um cuidado atento, com o reconhecimento do perfil do paciente e centrado no indivíduo e em suas necessidades de saúde, permite melhor organização da prestação de serviço e menor custo para o sistema de saúde.

Outra alteração natural que comumente acomete idosos é a redução da acuidade auditiva e visual. Segundo Esquenazi, Silva e Guimarães (2014), com o passar dos anos, há diminuição da capacidade de acomodação ou de focalização de objetos próximos (presbiopia). Além disso, ocorre a diminuição do campo visual periférico, da sensibilidade ao contraste, da discriminação das cores, da capacidade de recuperação após exposição à luz, da adaptação ao escuro e da noção de profundidade. Já no sistema vestibular, ocorrem processos degenerativos que levam à redução gradual na densidade dos receptores e no número de células receptoras de algumas estruturas do sistema. A principal consequência do envelhecimento natural do sistema vestibular é a degeneração do reflexo vestibulo-ocular, aumentando a chance de desequilíbrio e quedas. De acordo com os referidos autores, há também degeneração do sistema auditivo como um todo, reduzindo fisiologicamente a capacidade de ouvir desses indivíduos. Por conta das alterações visuais e auditivas, o profissional que trabalha com o idoso precisa ficar atento à sua comunicação e ao seu entendimento acerca das orientações dadas, conforme explicitado por P4.

Você tem que ter todo um cuidado, desde a forma como você explica- ele já tem uma perda da acuidade auditiva, acuidade visual; você tem que ter todo um jogo de cintura para tratar. Não é só atender, é necessário que ele entenda por que está sendo atendido, o que está acontecendo com ele, o que das doenças e sintomas que ele tem são naturais ou patológicos. Tem que saber explicar para ele, tem que ter o feeling, e às vezes o médico clínico não tem.

O referido entrevistado mencionou outro aspecto importante no cuidado com o paciente idoso. O médico, além de identificar as alterações no paciente idoso, precisa ser capaz de dividir com ele a sua impressão clínica e traçar um plano de cuidado, utilizando uma linguagem clara e adaptada à realidade do paciente. As informações devem ser transmitidas de forma compreensível para aquele indivíduo, respeitando as suas crenças e aspectos culturais. Ademais, o profissional deve ter a sensibilidade para escolher o melhor momento e as palavras adequadas para fornecer as devidas explicações ao paciente idoso, sempre conferindo se está ocorrendo a efetiva compreensão. O médico deve, acima de tudo, ser empático, percebendo que aquele indivíduo tem seus medos, anseios e expectativas, os quais precisam ser respeitados.

Além de diferenciar o que faz parte da senescência ou não, reconhecer as particularidades da população idosa foi um aspecto citado pelos sujeitos da pesquisa, que é a discussão da próxima subcategoria.

4.1.3 Reconhecimento das particularidades dos idosos

As alterações fisiológicas do envelhecimento, associadas ou não às comorbidades e ao uso de múltiplas medicações, fazem com que as manifestações de algumas doenças e a resposta do organismo a determinados agressores se comportem diferente do esperado em adultos jovens (FREITAS, 2017). O atendimento de idosos por profissionais de saúde torna necessário o reconhecimento de algumas peculiaridades, a citar: o idoso pode apresentar como sinal de infecção um quadro confusional agudo (*delirium*), alguns sinais e sintomas típicos de doenças podem estar ausentes (febre, dor), certos medicamentos podem dar mais reação adversa devido à redução de água corporal com o passar dos anos (PEREIRA *et al.*, 2010). Para reconhecer essas particularidades, o médico deve ter tido capacitação apropriada durante a graduação. Nesse sentido, assim como há, na graduação, um treinamento em Pediatria, em Ginecologia e em Cirurgia, a fim de que o profissional esteja

preparado para conhecer particularidades dessas áreas, deve haver um treinamento em Geriatria.

Tal perspectiva foi recorrente nas respostas dos entrevistados:

A gente estuda todo o processo da infância até a vida adulta. Deve ser estudada também a fase senil porque existem diferenças muito visíveis. As vezes não serão vistas na fase adulta e vão mudar com a idade, com o tempo. (A1)

É importante principalmente porque se você levar em conta que você fecha o ciclo; a gente estuda na Medicina tanto o começo da vida (concepção, embriologia e tal) e o envelhecimento é uma ordem lógica das coisas, então a Geriatria que cuida dessa parte, fecha o ciclo. (A2)

Segundo Freitas (2017), a manifestação de doenças desse grupo populacional apresenta peculiaridades, as quais são denominadas 'síndromes geriátricas'. As síndromes geriátricas, também conhecidas como '7is', são condições que geralmente têm diversas etiologias, associando-se à redução da capacidade funcional e comprometendo a qualidade de vida do indivíduo. Além disso, estão associadas a uma maior mortalidade quando comparados a um idoso que não as possuem. São descritas como: insuficiência cerebral ou cognitiva; incontinência urinária ou fecal; imobilidade; instabilidade postural e quedas; iatrogenia; incapacidade comunicativa e insuficiência familiar (BONILLA, 2017).

De acordo com o autor supracitado, a avaliação global do idoso permite o diagnóstico de déficits funcionais, resultando num plano de ação para reabilitação do paciente além de modificar o meio e seus recursos de apoio para restaurar ou melhorar sua autonomia. A análise funcional do idoso não somente gera informações a respeito de seus déficits, mas também fornece dados de como o tratamento influencia em sua funcionalidade global. Para Bonilla (2017), a avaliação geriátrica ampla permite que sejam identificados problemas clínicos e psicológicos envolvidos no processo saúde-doença que não foram identificados previamente.

Acerca desse aspecto, os sujeitos da pesquisa abordam, além das particularidades em relação à apresentação atípica das patologias nesse grupo populacional, as particularidades quanto à forma de atendimento, de comunicação e trato com os idosos.

Interessante porque os idosos são um grupo de indivíduos com certas particularidades, tanto na comunicação quanto no trato, na paciência. (A2)

Você tem que ter uma ideia de como tratar (lidar) essas pessoas, quais as particularidades eles vão apresentar. (A4)

O processo de envelhecer, segundo Komatsu (2003), é um fenômeno de natureza biopsicossocial complexa, que repercute no íntimo de cada ser, interagindo com suas estruturas e seus processos interiores. Para o autor, o envelhecimento psicológico traz usualmente as marcas da pessoa, calcadas ao longo da vida. Reconhecê-las é algo estritamente necessário para a adequada compreensão da pessoa que envelhece. De acordo com Komatsu (2003), o indivíduo que atende o idoso deve ter esse cuidado e um olhar mais sensibilizado, uma percepção mais aguçada para o social, afim de uma melhor compreensão dos processos de saúde do idoso. Assim, o profissional deve ter uma prática voltado ao cuidado, ao acolhimento e à atenção.

Nessa linha, ratifica-se que esse grupo populacional merece atenção especial, tendo em vista que tem maior probabilidade de apresentar fragilidade, distúrbio cognitivo, multimorbidade e incapacidades, quando se compara com grupos etários mais jovens. Essas situações, de acordo com Freitas (2017), contribuem para que as doenças se apresentem de forma atípica e com maior complexidade para diagnóstico e tratamento, tornando os idosos, portanto, mais vulneráveis e com maior risco para evoluções desfavoráveis. Muitas doenças, inclusive, se manifestam de forma bastante diferente em idosos, ao se comparar com a sua manifestação em adultos jovens (FREITAS, 2017). Como exemplo, pode-se citar a infecção urinária ou a pneumonia, que são enfermidades que podem ser manifestadas com a perda súbita da funcionalidade ou com quadro confusional agudo.

Na sequência, são transcritos alguns depoimentos dos entrevistados a esse respeito:

O idoso pode ter pneumonia sem febre, ter infecção urinária sem dor e sem febre. (A5)

Os idosos às vezes não manifestam sinais e sintomas como uma pessoa normal, relação de febre, relação de suor. Às vezes eles ficam mais quietos, sonolentos, aí tem que já perceber essas alterações nele. (A6)

Quais são as doenças mais prevalentes nos idosos, alguns sintomas que os idosos não apresentam, como febre, dor. (A7)

Uma sepse num paciente idoso, por exemplo, é totalmente diferente de uma sepse num paciente adulto jovem. Muitas vezes a gente peca na diferenciação clínica de um paciente adulto, criança para um paciente

geriátrico. As alterações laboratoriais que são típicas do paciente idoso, o perfil de tratamento, tempo de resposta, que muda muito. (P3)

Sinais e sintomas atípicos e/ou ausentes são comuns na prática clínica, principalmente quando o doente apresenta múltiplas doenças crônicas, faz uso de diversas medicações, possui incapacidade funcional e é imunodeprimido. Observa-se, portanto, que as manifestações não usuais de várias doenças aumentam com a idade. Os idosos, de acordo com Galera *et al.* (2017), podem apresentar alterações em dados clínicos comuns, como ausência de dor no infarto agudo do miocárdio. Para os autores, isso gera risco de diagnósticos tardios e, conseqüentemente, retardo na conduta terapêutica, resultando, assim, no aumento da taxa de mortalidade e de sequelas nessa faixa etária.

A associação de mudanças fisiológicas, sobreposição de múltiplas morbidades, e o uso de diversas medicações contribuem para o desenvolvimento de alterações, muitas vezes, nas queixas desses indivíduos (GALERA *et al.*, 2017). Condições prevalentes nesse grupo populacional, como osteoartrite e sequelas de acidentes vasculares cerebrais, podem impedir que pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva se queixem de dispneia aos esforços devido às limitações motoras.

De acordo com Galera *et al.* (2017), doenças agudas em pacientes nessa faixa etária apresentam, por vezes, quadro clínico e exames laboratoriais bastante diferentes do esperado para pacientes jovens. Outras vezes, são consideradas como alterações preexistentes. Para os autores, a perda súbita da capacidade de execução das atividades da vida diária, por exemplo, pode estar associada a condições agudas como infecção pulmonar, infecção do trato urinário, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio.

Os mesmos autores destacam que também são comuns as situações em que idosos gravemente enfermos não apresentam sintomas indicativos de doenças. Além disso, quanto mais incapacitados e frágeis os indivíduos, maior a chance de queixas vagas, como incontinência urinária e confusão aguda. A condução da anamnese, por sua vez, deve ser diferenciada e o médico precisa estar preparado para lidar com queixas vagas ou associadas ao processo natural do envelhecimento, proferidas tanto pelo próprio paciente ou familiar.

Esse olhar diferenciado ao idoso foi comentado pelos participantes da pesquisa, conforme segue:

[..] as consequências de algumas doenças crônicas que serão mais acentuadas no idoso, como hipertensão, diabetes e na própria maneira de relacionamento com o paciente; na condução da anamnese, condução da relação médico paciente. Provavelmente é bem específico para os idosos; assim como é específico para a criança, para a gestante. Mas acho que para o idoso é bem mais específico. (A2)

Porque traz as particularidades daquela faixa etária, por exemplo, uma coisa simples que altera, a frequência cardíaca que tem limiar, a própria PA que o valor é tolerado normal e no adulto a gente pode interpretar como algo patológico. Uma taquicardia que a gente diagnosticaria no adulto, não é mais no idoso. Então é extremamente importante para a gente aprender as particularidades e não fechar um diagnóstico errado. (A4)

Outro ponto a se considerar nessa abordagem é que o envelhecimento provoca, frequentemente, a multiplicidade de doenças e, por consequência, o uso aumentado de fármacos. Isso torna maior a probabilidade de reações adversas e/ou de interação medicamentosa. Qualquer mudança no quadro clínico geral do paciente após mudanças em sua terapia medicamentosa deve levar o médico a suspeitar de causa farmacológica. Por isso, de acordo com Freitas (2017), o profissional que atende o idoso precisa ter habilidades para abordar com segurança os problemas clínicos complexos ocasionados por situações que, muitas vezes, são pouco discutidas no ensino médico habitual.

A seguir alguns depoimentos dos entrevistados que ratificam tal perspectiva:

Acho que tudo é diferente, tipo farmacologia é diferente para idoso, doença crônica no idoso é diferente do adulto. (A3)

Então é essencial você saber o que é mais prevalente de acometer o idoso, que patologia é mais frequente. Porque você pode encontrar em qualquer situação ter que atender o idoso e pelo fato de não ter tido, não ter estudado, não saber direcionar, atender adequadamente. É essencial, como a pediatria e o ensino geral do adulto que a gente aprende mais na faculdade. (A8)

É importante aprender sobre o idoso, envelhecimento, sobre a prevenção ter boas práticas, para ter um envelhecimento ativo, envelhecimento mais saudável, não só tratar doenças. A Geriatria atua muito nisso, na prevenção; aí dá para a gente tentar manter o máximo possível de autonomia e independência e como saber abordar um idoso que já está doente com questão de fragilidade. (P1)

O conceito de fragilidade que foi trazido pelo profissional P1 está em evidência entre os que se interessam pelo processo de envelhecimento e é utilizado para designar indivíduos com redução da reserva homeostática e da capacidade de o organismo resistir às agressões. Isso pode resultar em declínios cumulativos em

múltiplos sistemas fisiológicos, o que causa vulnerabilidade e efeitos adversos, reduzindo a capacidade funcional e aumentando o risco de morte (LANA, 2014).

Segundo Fried *et al.* (2001), a síndrome de fragilidade é caracterizada por manifestações como perda de peso e massa muscular, diminuição da força de preensão, fadiga, instabilidade postural e redução da ingestão de alimentos, aumentando o risco para uma evolução desfavorável diante das agressões externas e das doenças agudas. Por esses motivos, de acordo com a autora, o profissional responsável pelos cuidados com o idoso precisa ter conhecimentos muito mais amplos e específicos do que aqueles para outros tipos de população.

Tomado desse ângulo, o exame físico do idoso deve ser realizado de forma cuidadosa e, algumas vezes, devido à extensão, pode ser dividido em etapas. O profissional que o executa deve estar atento às peculiaridades do idoso, ressaltando, inclusive, que muitos achados são decorrentes de alterações típicas da idade ou da associação dessas modificações com aquelas causadas por patologias. Com o envelhecimento, por exemplo, é natural haver um aumento do diâmetro anteroposterior do tórax, com acentuação da cifose torácica. Esse achado clínico, entretanto, frequentemente é encontrado em fumantes.

A ginecomastia é outro achado que pode ser visto com o envelhecimento natural, mas que também pode sugerir insuficiência hepática. Outro exemplo diz respeito à frequência respiratória, que tem significado semiológico quando superior a 24 incursões por minuto, o que difere do adulto em geral, que aponta para alguma patologia quando acima de 20 incursões por minuto. Por meio do reconhecimento dessas particularidades e da realização de uma anamnese detalhada, o médico consegue conduzir o paciente adequadamente (FREITAS, 2017).

Ainda, para Freitas (2017), a aferição da pressão arterial no idoso deve ser realizada com os mesmos cuidados destinados para os mais jovens. Entretanto, muitas vezes são necessárias diversas avaliações, pois a variabilidade da pressão aumenta com a idade. Além disso, por conta das alterações fisiológicas do envelhecimento, o idoso fica mais suscetível à hipotensão ortostática, ou seja, à queda da pressão arterial sistólica em 20 mmHg e/ou diastólica em 10 mmHg após o paciente, ao sair da posição de decúbito, permanecer em ortostase por pelo menos três minutos.

Os entrevistados também citaram particularidades em relação ao exame físico geriátrico, conforme segue:

Exame físico saber algumas peculiaridades - hipotensão postural, avaliar a marcha. É importante saber as manifestações atípicas das doenças. O organismo do idoso se comporta de forma diferente do organismo mais jovem, aí as doenças se manifestam muitas vezes de forma diferente do que a gente está acostumado a ver na literatura. Aprender algumas ferramentas, escalas que são interessantes para o dia a dia, mini-mental. (P1)

Dose de medicações em idosos, temos que ajustar a dose das medicações de acordo com a função renal que às vezes está comprometida no idoso. É normal o declínio da função renal com a idade. (P2)

Tem as peculiaridades e eu sei porque passei por isso na prática, isso foi uma falta que a gente teve na graduação. (P3)

Conforme já mencionado, o diagnóstico de algumas condições clínicas é dificultado na população idosa e isso ocorre por conta das queixas vagas, além da acurácia reduzida de alguns exames complementares, como radiografia de tórax e eletrocardiograma. Para Freitas (2017), além da dificuldade técnica para a realização desses exames nos idosos, podem ser encontradas alterações decorrentes de comorbidades comuns a essa faixa etária, como DPOC⁷, insuficiência cardíaca, deformidades torácicas, dificultando o diagnóstico de embolia pulmonar, por exemplo. Devido a essas dificuldades, reafirma-se a importância de o profissional que lida com idosos conhecer as particularidades dos indivíduos dessa faixa etária.

A fala de P3, transcrita a seguir, corrobora tal perspectiva:

Acho que diagnóstico, principalmente identificar as alterações diagnósticas. Diagnóstico e tratamento. Há uma dificuldade muito grande em fazer diagnóstico adequado no paciente idoso, isso automaticamente vai dificultar o tratamento. Dificultando o tratamento, automaticamente o risco de óbitos dos pacientes idosos é muito maior. É o que eu vejo na minha prática. Por exemplo, tenho muito paciente internado como pneumonia, que não é pneumonia, que não tem sinal nenhum de pneumonia. Ah, mas é idoso está com tosse, é pneumonia, aí interna, coloca num ambiente hospitalar, com mais 5-6 pacientes na enfermaria, com infecção, a probabilidade desse idoso com 2-3 dias estar com uma pneumonia é muito maior. Para mim a grande falha é o erro no diagnóstico. Tem que ter um melhor diagnóstico para ter um melhor tratamento; fica mais prático para gente.

A comunicação é considerada uma necessidade essencial e é mais do que troca de palavras. É um processo dinâmico que permite às pessoas se tornarem acessíveis e trocarem experiências, opiniões, sentimentos e informações. De acordo com Komatsu (2003), comunicar envolve, além das palavras proferidas e escritas, os gestos, as expressões faciais e do corpo, a distância mantida entre as pessoas que

⁷ Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

dialogam, a forma de falar e tocar no outro e, inclusive, o silêncio em uma conversa. Sob esse ângulo, a comunicação é essencial na área da saúde pois, por meio dela, são obtidos dados importantes para a condução terapêutica.

A diminuição das capacidades sensório-perceptivas, que ocorre no processo do envelhecimento, pode interferir na comunicação das pessoas idosas. Tais alterações são manifestadas pela diminuição da capacidade de receber e tratar informações recebidas do ambiente, que, caso não sejam adequadamente administradas, poderão levar ao isolamento social. Os idosos muitas vezes demoram a perceber suas dificuldades e, como consequência, acabam se isolando do convívio social por temerem situações constrangedoras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Ao se comunicar com o indivíduo idoso, o profissional de saúde deve estar atento às interferências que podem acontecer durante a comunicação, além de utilizar uma linguagem individualizada e adequada à sua realidade. O tipo de linguagem deve ser definido a partir da observação de sua habilidade cognitiva e de seu nível de orientação, considerando seus déficits sensoriais e uso de medicações. O profissional deve estar atento também à sua postura, à forma como toca a pessoa e à emoção expressa durante o atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Essa postura do profissional é destacada por P4 ao comentar: *“É um público cheio de pormenores, cheio de peculiaridades que às vezes não conseguimos tratar com as premissas básicas que a gente tem. A forma de interação com paciente tem que ser diferente. Acho importante uma educação voltada para o idoso”*.

Dessa forma, para se tentar minimizar os erros, o profissional médico que trabalha com idosos deveria, por meio de uma comunicação adequada à realidade do paciente, realizar uma abordagem baseada em problemas, fazer um exame físico criterioso e focado nas queixas, além de ter conhecimento das particularidades dessa população e das doenças mais prevalentes. Sobre as doenças mais prevalentes nessa faixa etária, discutir-se-á na próxima subcategoria.

4.1.4 Identificação de doenças prevalentes

Com o envelhecimento populacional, houve redução das doenças infectocontagiosas e aumento de doenças crônicas (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015). Existem condições de saúde que têm a prevalência aumentada com a idade. De acordo com os autores, a identificação dessas condições é importante

para o profissional de saúde que lida com indivíduos dessa faixa etária e isso foi destacado pelos sujeitos da pesquisa:

Ter conhecimento de, por exemplo, na neurologia, de certas síndromes que aparecem quando é idoso, as consequências de algumas doenças crônicas que serão mais acentuadas no idoso, como hipertensão, diabetes. (A2)

Tem que saber sobre doenças que são mais frequentes em idosos, condições que são normais em idosos, mas que na fase adulta são diferentes. (A4)

Saber também as principais patologias que acometem o idoso. Por exemplo, Alzheimer, DPOC, arterosclerose, Parkinson. (A5)

As doenças crônicas e suas complicações predominam nesse grupo etário, resultando em maior utilização de serviços de saúde, em relação aos processos agudos que são resolvidos rapidamente, seja pela cura ou por óbito. As enfermidades relacionadas a problemas do aparelho circulatório são as que mais atingem as pessoas na faixa de 60 anos ou mais. Além destas, doenças cardiovasculares (infarto, angina, insuficiência cardíaca), acidente vascular encefálico, câncer, pneumonia, enfisema e bronquite crônica, infecção urinária, diabetes, osteoporose, osteoartrose também acometem frequentemente os idosos (SILVA, 2013).

Saber abordar também as doenças mais prevalentes em idosos, que já falamos - osteoporose, doenças neoplásicas, endocrinológicas, cardiovasculares, metabólicas, síndromes demenciais, algumas síndromes psiquiátricas. (P1)

Conhecimentos sobre as principais doenças que acometem o idoso, que são as doenças que vêm com a idade - HAS, DM2, hipotireoidismo, as grandes síndromes geriátricas- tontura, instabilidade, vertigem, incontinência, essas coisas. Tudo isso tem que ser visto na graduação. (P2)

[...] HAS, DM é comum; incontinência urinária, varizes, prolapso genital. (P4)

Pacientes internados - infecção respiratória, ICC, AVC (acidente vascular cerebral). (P3)

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes *mellitus* (DM) estão entre as doenças crônicas mais comuns na velhice. Essas doenças, no que lhes concerne, são consideradas como os principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações renais e de doenças cardíacas e cerebrovasculares, representando, portanto, elevados custos médicos e socioeconômicos, como consequência de suas complicações (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

Outras doenças crônicas que acometem os idosos são: câncer, doenças respiratórias, psiquiátricas e reumatológicas que, somadas à HAS e DM, aumentam consideravelmente as consequências danosas no processo saúde-doença da população idosa (MOTA *et al.*, 2020). Reconhecer essas doenças é papel fundamental daqueles profissionais que atuam junto a idosos.

Da mesma forma, segundo Rocha (2018), também são prevalentes em idosos as doenças mentais, como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar do humor. Entre os sintomas de transtornos psiquiátricos, os mais relatados são os associados ao humor deprimido. De acordo com o referido autor, a exposição a doenças mentais é mais acentuada durante o processo de envelhecimento e diversos fatores podem estar relacionados a isso: aumento de comorbidades e incapacidades, condições precárias de vida, episódios de estresse ao longo da vida e isolamento social.

Conforme Freitas (2017), as doenças neurodegenerativas, como Doença de Parkinson e Doença de Alzheimer, têm uma prevalência importante nessa faixa etária, já que as disfunções celulares responsáveis pelo envelhecimento do sistema nervoso central são também responsáveis pelo desenvolvimento dessas doenças. A prevalência aumentada das patologias citadas nesse grupo populacional afeta a sua funcionalidade, aumentando o grau de dependência. Esses dados também foram destacados por alguns entrevistados:

DPOC, Demência de Alzheimer e outras demências, Parkinson, insuficiência renal, Diabetes, hipertensão são bastante comuns no idoso. (A8)

Síndromes demenciais, muito paciente com Alzheimer, Lewy, Demência Frontotemporal, hidrocefalia, demência vascular; grosso também é depressão, sintomas psiquiátricos, alguns bipolares, alguns raros esquizofrênicos, parkinsoniano ou com distúrbio do movimento e doenças gerais, como hipertensão, diabetes, dislipidemia, osteoporose, cardiopatias. (P1)

Além das condições citadas, as quedas são bastante prevalentes entre os idosos e podem ser consequências de negligências, descasos e descuidos ou de problemas de saúde. Segundo a Sociedade Americana de Geriatria (2010), as quedas são definidas com um contato não intencional com a superfície, que ocorre como consequência da mudança de posição do indivíduo para um nível inferior à sua posição inicial, sem que tenha havido fator intrínseco determinante ou acidente inevitável e sem perda de consciência. Os fatores de risco para quedas são múltiplos

e podem se combinar: idade avançada, alteração visual, demência, incontinência urinária, polifarmácia, comorbidades, osteoporose, redução da força muscular, tonturas, distúrbios metabólicos, comprometimento anterior da marcha e da mobilidade. As quedas recorrentes e dificuldade na deambulação foram outras condições apontadas como importantes e prevalentes entre os idosos.

[..] dar os remédios, uso irregular de medicações e falta de prevenção de quedas. Idoso cai muito, fica com o fêmur quebrado em casa, aí começam as complicações, pneumonia de repetição, ITU (infecção do trato urinário). Tem que ter um projeto de prevenção de quedas em casa. (P2)

Atendo muito paciente com ICC [insuficiência cardíaca congestiva], HAS, DM2. Mas consigo observar também a questão locomotora. Tem uma dificuldade muito grande de locomoção dos pacientes idosos. Muito dependentes, tendo auxílio para deambular. (P3)

Uma outra condição bastante prevalente entre os idosos é a violência que, embora não seja caracterizada como uma patologia/doença, é um grave problema de saúde pública (CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), a violência contra a pessoa idosa consiste em ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, o que prejudica sua integridade física e emocional e impede o desempenho de seu papel social. De acordo com o Estatuto do Idoso, a violência contra esse grupo se constitui como “qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado, que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico” (BRASIL, 2003).

Freitas (2017) entende que maus-tratos físicos, abuso sexual, psicológico e financeiro, abandono, negligência e autonegligência são alguns conceitos relacionados à violência contra a pessoa idosa. Os maus-tratos ocorrem por meio de empurrões, beliscões, tapas, dentre outros, lançados contra a pessoa idosa frágil. Para Freitas (2017), o ambiente familiar é o espaço onde mais ocorre esse tipo de violência, seguido da rua e de instituições de prestações de serviços. Já o abuso psicológico, conforme a autora, significa desprezo, menosprezo, preconceito e discriminação da pessoa pelo fato de ser idosa. A violência sexual, por sua vez, consiste em relações hetero ou homossexuais que estimulam ou utilizam a vítima para obter excitação sexual e práticas eróticas e pornográficas por meio de violência física e ameaças. O abandono está relacionado à retirada de bens materiais do idoso ou à execução de atitudes contra a sua vontade, por exemplo, deixá-lo em uma instituição de longa permanência sem o seu consentimento. Já a negligência diz respeito à

privação de assistência de que precisa, além de omissões. E, por fim, a autonegligência diz respeito aos maus tratos infligidos por si próprio (FREITAS, 2017).

Como pode ser visto nos trechos a seguir, os entrevistados fizeram referência a situações de violência com os idosos:

O que mais eu vejo, o problema maior é a falta de cuidado da família, falta de alguém para monitorar, para estar perto. (P2)

[..] Tem muito problema social, maus tratos. (P1)

Mas o idoso como ponto de apoio da família é algo que deve ser abordado. (P4)

Os idosos já padecem de doenças que são típicas da idade. São os problemas previsíveis. As doenças crônicas não transmissíveis, DM2, HAS, os cuidados que devemos ter com prevenção de quedas. Estando aqui eu me dei conta de um problema com os idosos - os idosos são arrimo de família. Canso de ver aqui filhos e netos dependentes dos idosos. A questão médica, do ponto de vista de saúde, é comum aos idosos de várias regiões, são próprias do envelhecimento. Do ponto de vista econômico, assumiram um papel na sociedade e são muito cobrados. Já tem a questão do desgaste físico do decurso do tempo e fora isso passaram a sustentar famílias. Muitos deles sofrem uma pressão psicológica muito grande. Tem idosos que são responsáveis pelo cuidado com os netos. (P4)

Esse último depoimento apresenta uma reflexão importante do entrevistado acerca do papel assumido pelo idoso. Segundo ele, um dos problemas identificados está relacionado ao idoso ficar sob a responsabilidade de manutenção de toda a família. Com isso, além de se preocupar com as suas próprias doenças crônicas, alguns idosos recebem uma carga extra por terem que sustentar financeiramente uma família inteira além de, muitas vezes, serem os responsáveis pelo cuidado e criação dos netos. Essa situação vai de encontro às previsões do Estatuto do Idoso, segundo o qual a família não só tem o dever com a proteção e o cuidado do idoso, bem como de assegurar o direito à cidadania, saúde, liberdade, educação, cultura, esporte, lazer, entre outros. (FREITAS, 2017).

Além de reconhecer as condições de saúde mais prevalentes em idosos, o médico deve buscar realizar um atendimento integral, necessitando, para isso, na maioria das vezes, de um trabalho multidisciplinar. Nesse sentido, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, entre outros profissionais, são fundamentais para um atendimento global e de qualidade. É importante que o profissional detecte não apenas a doença, mas as diversas necessidades do indivíduo – psicológicas, sociais e médicas.

De acordo com Veras e Oliveira (2016), o geriatra, geralmente, adota esse olhar holístico, mas diversos outros profissionais que trabalham com esse grupo populacional, muitas vezes, não possuem um olhar diferenciado ao idoso. A necessidade desse atendimento multidimensional é salientada também por P1: *“Eu acho que abordar avaliação geriátrica ampla, ter uma visão global do idoso, tentar não enxergar só doença, só um problema; saber avaliar o idoso com um ser integral”*.

A avaliação multidimensional do idoso permite o reconhecimento das demandas biopsicossociais do indivíduo, ou seja, o diagnóstico de suas condições de saúde agudas e/ou crônicas. De acordo com Moraes (2018), esse diagnóstico clínico-funcional deve ser capaz de reconhecer as incapacidades, tanto no que se refere à independência e autonomia nas atividades de vida diária (funcionalidade global), quanto à presença de comprometimento dos sistemas funcionais principais, representados pela cognição, humor, mobilidade e comunicação. Além disso, por avaliar todas as dimensões do ser, a abordagem global ao idoso permite uma maior precisão diagnóstica, melhora do estado funcional e mental do idoso, redução da mortalidade, diminuição de internação hospitalar e de institucionalização, além de maior satisfação com o atendimento (FREITAS, 2017).

Por conta do envelhecimento populacional, do aumento de doenças crônico-degenerativas em detrimento da redução de doenças agudas, e da percepção de que o idoso possui particularidades que precisam ser identificadas pelo profissional de saúde responsável por seus cuidados, as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 preveem a abordagem do atendimento ao idoso na graduação médica (BRASIL, 2014). De acordo com o referido documento, o estudante de Medicina deve combinar o conhecimento técnico ao entendimento sobre o processo do adoecer na perspectiva da singularidade de cada ser. Além disso, deve identificar as queixas do indivíduo, evitando julgamentos e considerando o contexto de vida do paciente, com seus elementos biológicos, psicológicos e socioeconômicos.

Pensando nesse olhar holístico que se deve ter em relação ao idoso, é importante avaliar como o ensino da Geriatria deveria ocorrer na graduação médica, buscando preparar adequadamente os profissionais. Essa questão será discutida na próxima categoria.

4.2 Perspectivas sobre o ensino da Geriatria na graduação médica

A Geriatria, embora apontada pelos sujeitos de pesquisa como importante na graduação médica, ainda não faz parte do programa curricular da maioria das faculdades de Medicina. Além disso, nos cursos em cujo currículo esse tema aparece, os conteúdos não são padronizados. Acerca desse aspecto, já foi mencionado anteriormente que, conforme Neri e Jorge (2006), essa deficiência de aprofundamento do processo de envelhecimento na graduação tem como consequência não só a formação de profissionais desqualificados, como também muitos preconceitos em relação à velhice. O referido olhar de Neri e Jorge (2006) também foi compartilhado por autores atuais, como é o caso de Vitor Brasil (2015) que, em seu trabalho, trouxe a necessidade de trabalhar a noção do envelhecimento humano como um processo natural dos seres humanos, vislumbrando os espaços acadêmicos como propulsores dessa transformação.

A ausência da Geriatria nos cursos médicos pode justificar, inclusive, a falta de conhecimento dos discentes sobre o seu conceito e o de Gerontologia, como se pode observar nos trechos a seguir:

Geriatria eu acho que é a questão do estudo sobre a saúde dos idosos de uma forma mais aprofundada, mais específica, que é voltado especificamente para essa classe. Gerontologia não sei. (A3)

Geriatrics: ciência que estuda pessoas com idade mais avançada; 60 anos. Gerontology está ligada a idade, mas não sei especificar. (A1)

Geriatria é o estudo focado nos processos do envelhecimento, no idoso em si e as condições que vão se tornar mais comuns com essa idade. Gerontologia não sei exatamente. Acho que para estudar Geriatria tem que ter um perfil; a formação tem que ser médico, profissional de saúde. (A2)

Conforme apresentado nos excertos, os alunos retrataram a percepção da Geriatria com um ramo de estudo do envelhecimento, mas não deixam claro se é vista com uma área de atuação. No último trecho, o discente traz a ideia de que outros profissionais de saúde, além do médico, podem ter a formação em Geriatria.

Existem estudantes que têm o entendimento da Geriatria como uma especialidade médica, conforme citado pelo estudante A4: “*Geriatria é a parte da Medicina que vai estudar os idosos. Gerontologia não sei o que é, mas acredito que seja relacionado ao outro, porém não sei específico o que é.*”

Observou-se que os estudantes que já tiveram contato com a Geriatria na graduação demonstraram conhecimento mais amplo acerca da definição da especialidade, conforme se percebe no depoimento de A6:

Geriatria em si, na nossa parte médica é o estudo do idoso, das alterações anatômicas, fisiológicas relacionadas ao idoso em si. Gerontologia é área multiprofissional que cuida do idoso, sem ser a área médica. Pode envolver fisioterapeuta, enfermeiro, fonoaudiólogos, entre outros.

Entretanto, em relação ao conceito de Gerontologia, alguns ainda desconhecem o significado do termo, como se percebe no excerto do aluno A5, aluno do terceiro semestre, que já cursou o módulo Processo de Envelhecimento: “*Geriatria é o estudo, a área da Medicina que é mais voltada a análise do idoso, as particularidades do idoso. Isso perpassa a parte fisiológica e patológica, que é mais comum nos idosos. Gerontologia, não sei*”.

Ainda em relação à definição de Geriatria e Gerontologia, alguns acadêmicos de Medicina trouxeram visões semelhantes à de A7: “*Geriatria é o estudo ao todo do idoso. O geriatra que faz esse estudo. Gerontologia é a questão multiprofissional, várias pessoas atuando em prol do idoso na questão biológica, psicológica, entre outros*”.

A percepção da aluna do terceiro semestre que segue é a que mais se aproxima dos referenciais teóricos aceitos.

Geriatria é o estudo do idoso em si, o processo de envelhecimento. Os acometimentos, o que é do envelhecimento mesmo, aspectos patológicos. O estudo como um todo do idoso em si. A especialidade é a Geriatria. Vai entender as mudanças, todos os aspectos do envelhecimento, vai saber direcionar melhor. O clínico também deve entender essas mudanças. Na Gerontologia não somente o geriatra vai atender o idoso, mas também outras profissões da área de saúde, psicologia também entraria, que é da área de humana, atendimento multiprofissional voltado para o idoso, mas que não seria só o geriatra que faria. Idoso é aquele acima de 60 anos aqui no Brasil por ser país em desenvolvimento. Em países desenvolvidos idoso é aquele com mais de 65 anos. (A8)

Segundo a SBGG (2011, p. 119), a definição de Geriatria é a seguinte:

Geriatría é a especialidade médica responsável pelos aspectos clínicos do envelhecimento e pelos amplos cuidados de saúde necessários às pessoas idosas nos diversos ambientes dos sistemas de saúde. É a área da Medicina que cuida da saúde e das doenças da velhice nos aspectos físicos, cognitivos, funcionais e sociais, nos cuidados agudos, crônicos, de reabilitação, preventivos e paliativos dos idosos, oferecendo uma abordagem

multidimensional, atuando em equipe interdisciplinar e com o objetivo principal de garantir e otimizar a capacidade funcional e melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Baseando-se nessa definição, geriatra é o médico especializado no cuidado e avaliação global do idoso, que se utiliza de uma abordagem ampla em sua prática clínica, sabendo que os órgãos e sistemas de seus pacientes não podem ser vistos separadamente. Além disso, em sua avaliação, considera aspectos físicos, emocionais, sociais, funcionais, culturais. Muitas vezes, de acordo com Pereira, Schneider e Schwanke (2009), o geriatra lança mão de escalas e testes para realizar a avaliação multidimensional, objetivando, principalmente, a funcionalidade e autonomia do indivíduo idoso.

A Gerontologia, por sua vez, é a área de conhecimento científico voltado para o estudo do envelhecimento em sua perspectiva mais ampla, levados em conta os aspectos clínicos, biológicos, condições psicológicas, sociais, econômicas e históricas (MONTANHOLI *et al.*, 2006). De acordo com Pereira, Schneider e Schwanke (2009), por se tratar de uma área que abarca diferentes concepções, a Gerontologia é considerada multidisciplinar, envolvendo desde especialistas de enfermagem a educadores. Sua atuação visa questões preventivas e medidas de intervenção para melhorar ou manter aspectos que tragam qualidade de vida aos idosos até o último momento da vida.

Em seu estudo para avaliar o ensino da Geriatria e Gerontologia, Tavares *et al.* (2008) referiram que 31,9% dos estudantes de Medicina entrevistados acertaram a definição cronológica de idoso. Também evidenciaram que não houve aumento dos acertos ao longo dos semestres, mantendo uma média de acertos em 20 a 40%. Em relação à definição de Geriatria, 47,9% dos acadêmicos acertaram a questão. Com valores maiores de acertos, a indicação do que é a Gerontologia representou 58,6% dos estudantes de Medicina.

Confrontando os dados do referido estudo com os desta pesquisa, evidencia-se que os alunos do presente trabalho conheciam a definição de Geriatria, ao passo que poucos conseguiram estabelecer o significado de Gerontologia. Acerca desse aspecto, Tavares *et al.* (2008, p. 539), pondera:

Para atender os idosos nas suas especificidades e necessidades de saúde é preciso compreender o conceito cronológico do idoso, os de Geriatria e Gerontologia, além de outros, como autonomia, independência, autocuidado,

bem como as alterações que ocorrem com o processo de envelhecimento, uma vez que essa compreensão permite o planejamento das ações em saúde de forma individualizada e mais efetiva.

Além dos conceitos apontados e, como a população idosa pode apresentar multimorbidades e doenças crônico-degenerativas que geram dependência, há necessidade de aprofundamento em conceitos como prevenção de doenças, promoção de saúde, paliativismo, fragilidade e apoio social. Esses temas, na visão de Tavares *et al.* (2008), nem sempre fazem parte da matriz curricular, embora sejam fundamentais para uma prática médica adequada. Seguindo a mesma linha argumentativa, Maia *et al.* (2013) consideram a importância de os médicos possuírem conhecimentos básicos essenciais ao cuidado a saúde do idoso, reiterando o papel formador da universidade na atuação do profissional médico egresso (MAIA *et al.*, 2013).

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (2014), o profissional médico deve ter uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, além de ser capacitado para atuar no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, baseando-se em princípios éticos. Segundo Maia *et al.* (2013), o médico deve exercer sua função visando à promoção, à prevenção, à recuperação e à reabilitação da saúde, na perspectiva da totalidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, promovendo a saúde integral do ser humano.

Além disso, as Diretrizes Curriculares Nacionais (2014) estabelecem os conteúdos fundamentais no currículo médico, como diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, incluindo aí, a fase da senescência. Entretanto, não há estipulação de uma carga horária mínima e detalhamento do conteúdo.

Ao serem perguntados sobre o melhor momento no curso médico para o ensino da Geriatria, os alunos que não cursaram a disciplina não souberam informar. Já os alunos que cursaram a disciplina, bem como os profissionais médicos, acreditam que o melhor momento seja após terem visto clínica médica, pois consideram ser essencial conhecer os achados em adultos jovens para, então, entender melhor os achados em idosos.

Na sequência, são transcritos alguns trechos da entrevista que ratificam tal posicionamento:

Acho que deveria ser um pouco mais avançado porque no terceiro semestre ainda não vimos muito da clínica do adulto. Deveria ser mais ao final do curso para a gente comparar e destacar as diferenças importantes de serem avaliadas. A PA (pressão arterial) eu sei, A FR (frequência respiratória) eu sei, consigo identificar que no idoso há essa variação importante; mas outras coisas talvez eu não consiga destacar e gravar porque não vi no adulto, e na criança também. (A5)

Aqui a gente teve que ver o normal para ver também o do idoso. Caso fosse um pouco mais para o final seria melhor, porque já teríamos visto o normal, mas acho que não foi ruim. Foi discutido bem, foi um módulo trabalhoso, grande, mas por ter sido no terceiro semestre não teve nenhum déficit no que foi trabalhado. (A6)

Concordo em partes porque não vimos toda parte normal do adulto. Eu preferia que fosse em conjunto porque a gente via o normal e via o idoso e via as diferenças também. (A7)

Foi recorrente a ideia dos entrevistados acerca da necessidade de um conhecimento prévio em clínica médica para melhor aproveitamento da Geriatria. Além disso, pela extensão dos conteúdos, foi citada a necessidade de uma carga horária maior para o ensino do módulo de Geriatria, como ficou evidente nos trechos a seguir:

Pela grande demanda do módulo, poderia ser maior, mais explanado e em outro semestre. Por ser algo que precisa de uma atenção maior, poderia ser abordado num ciclo clínico. Teríamos um domínio maior. (A8)

[...] acho que a pessoa já tem que ter um conhecimento um pouquinho mais sedimentado para tentar captar tudo isso daí, porque na Geriatria a gente tem que saber um pouco de cardiologia, reumatologia, ortopedia, endocrinologia, neuro, psiquiatria... Então tem que ter um conhecimento mais sedimentado para assimilar melhor. (P1)

É importante a inclusão de Geriatria a partir do terceiro, principalmente quarto ano, onde já se passou pela anatomia, fisiologia, cardiologia, então já consegue se entender melhor as patologias do idoso quando você já viu a clínica médica. Tu tem que ter um conhecimento geral, tu tem que ter um conhecimento primeiro da clínica médica para depois tratar o idoso porque as doses são menores, as doenças se manifestam muitas vezes de maneira diferente. Então eu acho que isso é importante. (P2)

Mais no final do curso, quando você já tem uma bagagem maior, já conhece de tudo. Até porque a Geriatria é uma matéria iminentemente prática. (P4)

De acordo com os sujeitos de pesquisa, a Geriatria deve ser abordada num ciclo clínico, após a sedimentação do conhecimento acerca da anatomia, fisiologia e cardiologia. Para eles, o discente necessita de conhecimentos prévios na área de clínica médica para melhor compreensão do processo do envelhecimento. Entretanto,

apesar dessa percepção dos entrevistados, muitas faculdades sequer possuem Geriatria em seu currículo.

Segundo Galera *et al.* (2017), menos da metade das faculdades de Medicina do Brasil têm a Geriatria na sua matriz curricular e não há dados oficiais sobre quais delas possuem conteúdo de Geriatria na etapa do internato, que corresponde aos dois últimos anos do curso e se configura em atividades práticas nas grandes áreas da Medicina: clínica médica, cirurgia, ginecologia/obstetrícia e pediatria. Na maioria das instituições brasileiras de ensino de Medicina em cuja matriz curricular consta a disciplina de Geriatria, ela é trabalhada em apenas um semestre e, muitas vezes, com uma abordagem focada na teoria. Além disso, há poucos dados sobre em que momento do curso o conteúdo de Geriatria é dado nessas faculdades, visto que os estudos acerca desses dados ainda são escassos e necessitam de maior aprofundamento (BRASIL; BATISTA, 2015).

Sob essa ótica, ressalta-se que as diretrizes estabelecidas pela SBGG objetivam organizar o conteúdo mínimo, tanto do ciclo básico quanto do internato de um curso médico. De acordo com tais diretrizes, os conteúdos mínimos em Geriatria e Gerontologia devem ser contemplados em seis 'unidades' no ensino teórico-prático (1º ao 8º período do curso), e em oito 'unidades' para o internato (9º ao 12º períodos).

Alguns entrevistados apontaram que, se possível, o estudante deveria ter contato com a Geriatria durante todos os semestres do curso. Mas, caso seja necessário escolher um momento específico, acreditam que o ideal seja abordar esse assunto no final da graduação, após o conhecimento do comportamento das patologias no adulto jovem. É o que se evidenciou nas seguintes falas:

No curso tradicional tinha de ter um semestre específico, se a gente for para a mentalidade que a gente atua hoje, aí seria constantemente, seria do início até o fim do curso. (P3)

A melhor hora para ser dada é a partir do quarto/quinto ano; quarto ano. Acho que terceiro para quarto ano de Medicina. Muito no início possa ser que esqueçam, percam o interesse no final. Se for no início e houver uma continuidade, tipo Geriatria 1, 2, 3, 4, 5..., aí é bom. Mas se for coisa de 1 ano, 2 anos, é melhor que seja no final. No 3º semestre é muito cedo. Tem que ser no final, porque você já tem o conhecimento do adulto, da fisiologia, da anatomia que facilita tu a tratar, tu entender a patologia do idoso. (P2)

Os sujeitos entrevistados acreditam que o melhor profissional para ministrar as aulas de Geriatria é o geriatra, mas apontam outros médicos – a exemplo do clínico geral, neurologista, cardiologista, médico da família – como profissionais que podem

contribuir para o ensino da Geriatria na graduação médica, desde que tenham prática nesse grupo populacional e sejam conhecedores de suas particularidades. Seguem alguns depoimentos nessa linha:

Geriatra, acho que de Medicina da família, a questão da atenção básica, acho que poderia ter especialistas, tipo cardiologista, neurologista. Psicólogo seria importante porque hoje o grau de depressão entre os idosos é muito alto. Cardiologista seria importante por conta das disfunções naturais que ocorrem no idoso, com o avançar da idade a gente vai perdendo certas funções que é natural. Acho que o que mais acomete o idoso são doenças cardiovasculares. (A3)

Geriatra; deveria ter um generalista para mostrar a clínica quando você for receber a pessoa. Acho que não poderia ser só médico, poderia ter fisioterapeuta para mostrar alguma modificação que acontece, porque geralmente fisioterapeuta pega muito idoso; e enfermeiro. (A4)

O ponto de vista de que outros especialistas médicos ou profissionais de saúde das diversas áreas podem auxiliar no ensino da Geriatria ratifica a ideia de um atendimento ao idoso não voltado apenas para a doença, mas ao indivíduo como o todo. Tal olhar converge para a importância de um trabalho interdisciplinar, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais.

Além disso, os entrevistados mais uma vez enfatizaram a necessidade de tal profissional reconhecer as particularidades dessa faixa etária.

O geriatra é muito bom porque tem o domínio da prática. Mas um clínico que trabalha muito com idosos, que acaba sendo o geriatra; ou pneumologista que também tivesse um estudo mais voltado ao idoso; um cardiologista que também fosse mais especialista. Mas acho que um médico que tenha prática com idosos, mas em especial, geriatra. (A5)

Geriatria, neurologia - muitas doenças neurológicas estão associadas ao processo do envelhecimento; cardiologia seria importante, visto a quantidade de doenças crônicas que atingem a população idosa, jovens também, mas nos idosos as consequências vão ser mais acentuadas. (A2)

Tem que ter um professor geriatra e seguir a abordagem dos temas mais importantes na Geriatria; tem que ter a cadeira e abordar todas as grandes síndromes geriátricas. (P2)

Diferente disso, alguns alunos entenderam que outros especialistas, que não o geriatra, não têm conhecimento técnico suficiente para abordarem temas geriátricos. Portanto, o melhor profissional para ministrar a disciplina seria o próprio geriatra.

Especificidades grandes e importantes. A pessoa formada em neuro não tem conhecimento específico que um geriatra tem. Ele pode até ter, mas de forma mais abrangente. (A1)

Para mim é o geriatra, porque está convivendo com o idoso o tempo todo, então pode estar trazendo para gente realmente como que a gente vai encontrar as questões fisiológicas e patológicas no idoso. (A7)

Sendo assim, considera-se que o geriatra é um profissional indispensável para o ensino da Geriatria na graduação médica, entretanto, outros profissionais médicos, como neurologista e cardiologista, podem contribuir para o ensino, desde que estejam atentos às particularidades e especificidades dos idosos. Outros profissionais da área da saúde – que não médicos – também têm um papel fundamental, tendo em vista que a Geriatria avalia o indivíduo de forma integral e procura atender a todas as suas demandas, não apenas resolver as doenças.

O Ministério da Educação considera relevante para o futuro profissional de Medicina o contato precoce com a prática, por meio da inserção em unidades de saúde e interação com usuários (BRASIL, 2014). Além disso, a instituição ressalta que o foco é formar profissionais comprometidos e que prestem um atendimento ético e humanístico, focando nas necessidades de saúde do indivíduo. Para isso, acredita ser necessário um currículo centrado no aluno como sujeito de aprendizagem e articulado às necessidades sociais da população. Os entrevistados reforçam em suas respostas essa ideia do Ministério de Educação de atrelar a teoria à prática, além do enfoque humanístico, para auxílio no atendimento médico futuro, como se percebe nos seguintes trechos:

Porque a teoria é uma coisa e a prática é outra. A teoria não sobrevive sem a prática; ela sempre tem que se adaptar; você vai entender algumas coisas quando você vai vê-las e praticá-las. Interessante porque os idosos são um grupo de indivíduos com certas particularidades, tanto na comunicação quanto no trato, na paciência; então colocar aulas com contato com idosos seria melhor. (A2)

Colocando bastante prática junto com a teoria, por exemplo, se hoje a gente viu sobre determinado assunto na teoria na setac, que a gente também consiga ver na prática, para gente conseguir correlacionar e fixar. Eu acho que quando a gente estuda e pratica, consegue memorizar mais rápido. (A3)

Como a gente teve, ver a teoria e levar para a prática em seguida. Não vendo agora e vendo a prática quando estiver no hospital no futuro. Não, as alterações fisiológicas e patológicas vistas na teoria e serem vistas na prática também para que sejam fixadas e aprendidas. (A5)

Os trechos das entrevistas corroboram a ideia presente nas diretrizes curriculares de 2014, que apresenta como orientação para organização do curso médico a inserção do aluno precocemente em atividades práticas importantes para a sua futura vida profissional, fazendo-os lidar com problemas reais e estimulando-os a assumir responsabilidades como prestadores de cuidados e atenção. Além disso, as diretrizes sugerem que haja interação dos alunos com profissionais de saúde e com usuários desde o início da formação, para vivenciar as diversas situações da prática e do trabalho em equipe, integrando ensino-serviço e vinculando a formação médica às necessidades sociais de saúde.

Na sequência, transcrevem-se outros trechos das entrevistas sobre a importância da realização de atividades práticas desde o início da formação médica:

Teórico e prática. O que a gente está vendo na teoria, colocar na prática. As vezes quando vemos na teoria, nunca é a mesma coisa do que na prática mesmo. Na teoria as vezes a gente lê aquilo dali e pronto, mas quando a gente vai para prática, é outra coisa. (A7)

Exatamente como a gente teve, de debater em sala, fazer o estudo antes, ter discussão em aula, ir para prática e depois dar um retorno, analisar o que a gente viu de fato. É uma maneira de você aprender e aquilo te instigar também a querer conhecer mais. É uma área muito interessante, são várias mudanças. A gente não só ler, mas ir para prática, identificar o que viu na teoria, é importante. (A8)

Moraes (2018) destaca a ampliação e a flexibilização dos cenários de ensino e aprendizagem mudando o foco do ensino médico hospitalocêntrico para a diversificação dos locais de prática, que são estratégias de ensino importantes e ampliam o entendimento do campo de Geriatria e Gerontologia. Para o autor, múltiplos ambientes estimulam uma variabilidade de pacientes de diferentes classes sociais, econômicas, de gênero e étnicas, aliadas a diferentes experiências de diagnóstico e manejo de doenças geriátricas, prescrição de medicações e estratégias de reabilitação, além de estimularem maior interação com profissionais de saúde e de outras áreas.

O posicionamento do profissional transcrito a seguir, além de frisar a importância do ensino da teoria atrelado à prática, ressalta a necessidade de adequar o atendimento médico às necessidades de saúde do indivíduo e à percepção em relação à condição financeira do paciente:

Menos teórico possível e o mais prático. A teoria você vê nos anos iniciais. Falta mesmo é o tato dos médicos. O dia a dia, como lidar, explicar, você entender as dificuldades que o paciente tem e, sobretudo, você entrar no universo dele. É diferente você lidar com um paciente idoso que tem uma condição financeira confortável de um idoso morador da zona rural que sequer tem saneamento básico. Não é um modelo único, estático. Você tem que tentar conhecer a realidade de cada um. Ao prescrever a medicação, saber se é disponibilizada pela farmácia básica, o sus disponibiliza? Se não disponibiliza, o paciente tem condição de comprar? Não adianta você prescrever e o paciente não ter condição de comprar. Não é o paciente que tem que dizer que não pode comprar, o médico que tem que ter a sensibilidade de saber o preço da medicação, se a condição financeira do idoso permite ou não. (P4)

A fala do profissional remete à ideia do cuidar que, de acordo com Komatsu (2003), demanda dar atenção, compartilhar tempo, dedicar carinho, buscar confortar e priorizar quem é cuidado, utilizando os recursos possíveis e disponíveis. A sensibilização, para o referido autor, com as dificuldades reais dos pacientes idosos pode permitir um melhor gerenciamento dos problemas de saúde do indivíduo, estreitando, assim, a relação médico-paciente.

Objetivando a formação de médicos que mantêm boa relação médico-paciente, as diretrizes curriculares de 2014 destacam a importância da inclusão na graduação de dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania. Essa perspectiva foi trazida pelo profissional P4, que trabalha diariamente no atendimento básico de saúde com idosos:

Toda faculdade dá para gente conhecimento técnico, mas nenhuma faculdade ensina algumas pessoas a serem mais humanas. Realmente isso depende muito da pessoa, mas acho que se houvesse alguma coisa mais voltada para a relação interpessoal, para mostrar às pessoas que aquele idoso pode ser o pai, a mãe ou o próprio médico futuramente, então se conseguíssemos passar esse olhar mais humanístico e menos matemático, seria de extrema importância para a sociedade. Muitas vezes o idoso chega só para ser ouvido, ele não quer outra coisa. Alguns vêm sozinhos, chegam a pretexto de ser atendido por uma coisa física, mas querem ser escutados. E se o médico atende procurando doença, perde a grande oportunidade de ser útil na vida daquela pessoa e criar um vínculo. Porque a relação médico-paciente é essa também, é você criar um vínculo de confiança com o paciente. Talvez falte hoje nas faculdades os acadêmicos entenderem que não é só questão de teoria, questão de domínio técnico é, sobretudo, ter um olhar de carinho para a outra pessoa. A gente tem a obrigação de diminuir a carga do nosso paciente quando ele sai do nosso consultório. Olhar nos olhos dele já é muita coisa.

De acordo com o profissional, é importante o médico ter paciência e escutar o paciente. Segundo Bonilla (2017), atualmente, observa-se que muitos não se dispõem a ouvir as dores e dificuldades daquele que procura atendimento, referindo que são

prolixos e poliqueixosos. Entretanto, é fundamental perceber que o olhar atento e sensível, a empatia e uma escuta cuidadosa conseguem resolver grande parte das demandas do paciente idoso.

Diante desse contexto, pode-se inferir que um dos propósitos dos currículos de graduação em Medicina deveria ser o de sensibilizar o olhar dos estudantes e professores para o envelhecimento e para a pessoa idosa. Ademais, os estudantes deveriam ser inseridos numa educação para a desconstrução e para a reinvenção da velhice, tendo em vista que as novas imagens do envelhecimento são expressões de um contexto marcado por mudanças culturais que redefinem a intimidade e a construção das identidades (KOMATSU, 2003).

Nesse sentido, é importante trabalhar com os estudantes de Medicina a capacidade de acolhimento que o profissional de saúde que lida com idosos precisa desenvolver. Esse assunto foi citado, inclusive, por uma estudante que, embora ainda não tenha cursado a Geriatria na graduação, demonstra preocupação com a necessidade de um ensino voltado ao cuidado integral ao idoso, respeitando as suas crenças e história. Isso é observado quando ela afirma que o profissional que lida com o idoso deve trabalhar a humanização do atendimento:

Questão humana no sentido de ter paciência já que eles falam: ah, voltou a ser criança, na verdade não voltou a ser criança, ele está lá, a informação dele está lá, não é uma pessoa que não sabe; a pessoa tem que ter a sensibilidade no olhar o indivíduo; é um idoso, não é uma criança que não sabe nada; ele tem uma construção histórica ali, precisa ser visto nisso; as pessoas terem essa paciência; ele tem a cultura dele; os padrões da fase dele, que ele viveu; como essa mudança global é tão grande, os profissionais podem não ter tanto essa habilidade, isso pode dificultar na aderência terapêutica, no próprio tratamento. (A1)

A formação dos profissionais nessa área deve ter um enfoque holístico não só para o idoso doente e dependente, mas também para o que está em risco de adoecer e/ou tornar-se dependente. De acordo com Costa, Porto e Soares (2003), essa perspectiva ultrapassa os conhecimentos técnicos e requer o desenvolvimento de uma atitude profissional que valorize a saúde, a autonomia e a capacidade funcional do indivíduo. Na mesma linha, Lima (2010) legitima a ideia de que o profissional de saúde tem um importante papel com o idoso, pois, por meio de uma relação empática, pode ocorrer um atendimento humanizado com um cuidado personalizado, garantindo um equilíbrio físico e emocional.

O termo humanização, para Lima (2010), reporta a um relacionamento entre pessoas em sua integridade e diz respeito a posicionamentos éticos e morais e qualidade de atendimento, associando excelência técnica com capacidade de acolhimento e resposta. Está associada também à ampliação da comunicação médico paciente, com pessoas atuantes no processo terapêutico. Em um atendimento humanizado, médico e paciente passam a olhar para a sua relação como um encontro de subjetividades e de histórias de vidas. A humanização, de acordo com o referido autor, permite uma maior adesão do paciente às orientações médicas de tratamento, bem como traz ao paciente plena satisfação.

Assim, segundo Lima (2010), a prática médica deve estar conectada às necessidades sociais do indivíduo. Para tanto, o estudante deve compreender questões culturais, sociais, políticas, éticas e humanísticas. O compromisso e o engajamento com a realidade e com a própria existência humana são propulsores da humanização do homem e precisam ser trabalhados nos anos de formação profissional. O contato com uma formação humanística pode, de diversas formas, auxiliar o médico a lidar com aspectos existenciais do paciente que serão trazidos para a sua prática clínica diária (LIMA, 2010).

Percebe-se, de acordo com as discussões acima, que o ensino da Geriatria deverá fazer parte da matriz curricular de todas as faculdades médicas, em diversos momentos do curso e com conteúdos e carga horária previamente estipulados. Além disso, a teoria deverá ser atrelada à prática, estimulando o desenvolvimento de competências e atitudes associadas a um atendimento humanizado e global do idoso.

Embora um ensino da Geriatria com ênfase no atendimento humanizado e integral do ser seja comentado e estimulado por muitos, segundo Galera *et al.* (2017), a maioria das instituições de ensino que oferece o curso de Medicina sequer dispõe dessa disciplina no currículo, o que pode acarretar negativamente na prática médica diária. Esse tema será aprofundado na próxima categoria.

4.3 Consequências da ausência do ensino de Geriatria na graduação na prática médica

Conforme já mencionado ao longo deste estudo, embora esteja ocorrendo um envelhecimento progressivo da população brasileira, observa-se que a sociedade como um todo, inclusive a área de saúde, não se preparou para lidar com a população

idosa. De modo geral, nota-se pouco respeito ao conhecimento, à experiência de vida e à sabedoria dos idosos, além de pouca sensibilidade às suas necessidades. Nesse sentido, os estudantes de Medicina e médicos, independente da especialidade, precisam desenvolver competências específicas de Geriatria e Gerontologia para atender às necessidades de saúde da população idosa, adequados ao seu contexto e de acordo com alguns princípios do sistema único de saúde, como equidade, integralidade e universalidade (BONILLA, 2017).

A desinformação sobre as particularidades do idoso é determinante em relação às atitudes com esse grupo populacional. Essas atitudes são aprendidas em função de interações simbólicas e presenciais com instituições sociais, indivíduos e grupos (NERI; JORGE 2006). Uma das barreiras para transformação de atitudes e comportamentos em relação ao envelhecimento é a falta de conhecimento de profissionais da área de saúde e da educação, principalmente, a falta de conhecimento das pessoas de todas as idades sobre as características e capacidades do idoso (NERI; JORGE, 2006).

O Estatuto do Idoso traz, em seu artigo 22, a ideia de que os currículos mínimos dos diversos níveis do ensino formal devem inserir conteúdo voltado ao envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso, de forma a eliminar o preconceito e produzir conhecimentos sobre a matéria (BRASIL, 2003). Apesar disso, percebe-se a presença de pouco conteúdo de Geriatria e Gerontologia nos currículos das faculdades médicas, assim como a escassez de campos específicos para a prática.

Nesse viés, de acordo com Tavares *et al.* (2008), a atenção à saúde do idoso não tem sido suficientemente abordada na formação médica, resultando em cuidados limitados a esse grupo populacional. Com isso, contribui-se para a manutenção de atitudes negativas, o que reduz as chances de disseminação da Geriatria entre os estudantes de Medicina.

O Estatuto do Idoso prevê também serviço geriátrico e gerontológico nos ambulatórios, unidades geriátricas de referência, atendimento domiciliar e reabilitação orientada por profissionais capacitados na área (BRASIL, 2003). Entretanto, para assegurar esses direitos, é necessário que haja profissionais habilitados no reconhecimento das necessidades de saúde desse grupo populacional. Os acadêmicos de Medicina inseridos nos serviços para treinamento e, até mesmo, os

egressos podem ter dificuldade em manejar essas situações, caso o conteúdo não tenha sido abordado previamente em sua formação.

Os sujeitos dessa pesquisa reforçaram que a Geriatria é importante na graduação médica para auxílio na prática dos egressos, tornando-os capazes de identificar as necessidades de saúde dos idosos e auxiliando na tomada de decisão. Dúvidas que poderiam ser sanadas durante a graduação, muitas vezes surgem quando o médico se vê diante do paciente e não sabe como conduzir o caso. Isso pode trazer danos ao paciente, haja vista que não será atendido de forma adequada, além de trazer prejuízos ao sistema de saúde, pois pode acarretar gastos, muitas vezes, desnecessários.

Essa questão foi corroborada pelos profissionais entrevistados, que trouxeram a deficiência em Geriatria em sua graduação e algumas consequências disso, como pode ser observado nos seguintes excertos das entrevistas:

Não tive contato com a Geriatria na graduação. Senti falta disso. (P2)

Tive pouco contato com a Geriatria/geronto na graduação, quase zero. Um módulo no internato- 4 semanas. (P3)

Meu curso não preparou para atender idosos. A Geriatria começou a se fortalecer mais nos últimos anos. Na minha época não tinha. (P2)

Ultimamente, como referido no depoimento de P2, tem havido uma preocupação maior em relação ao profissional da saúde que vai atender o idoso e as competências mínimas que deve ter. De acordo com Galera *et al.* (2017), a eficiência do sistema de saúde para a população idosa exige a atuação de profissionais com formação básica em Geriatria e Gerontologia, bem como políticas públicas e serviços adequados. Entretanto, apesar de se perceber que é necessário o preparo adequado do profissional, muitas vezes isso não acontece.

A maioria dos colegas, pelo menos da minha época, se formaram com essa deficiência na Geriatria; praticamente zero, né? Eu aprendi porque tive que aprender, porque eu prescrevo os pacientes no hospital. Mas há uma falha grande na formação. (P3)

Sepse mata muito idoso e idoso morre muito rápido. E os egressos não sabem como lidar. Eu não sabia, tive que aprender na prática, tive que correr atrás. Tem as peculiaridades e eu sei porque passei por isso na prática, isso foi uma falta que a gente teve na graduação. No curso tradicional, tinha que ter um semestre específico. (P2)

A maioria dos profissionais entrevistados não teve contato com a Geriatria durante a graduação. Os que tiveram esse contato, referiram que esse assunto foi abordado em aulas expositivas, sem práticas em campo. Todos acreditam que isso dificultou sua atividade profissional assim que foram para o mercado de trabalho, exigindo um esforço maior para compreender as peculiaridades desse grupo populacional.

Eu aprendi a Geriatria no método transmissivo, eu sou dessa escola antiga, não tive contato com método PBL, não entendo muito bem. Mas acho essencial ter uma prática ligada à parte teórica porque a gente aprende muito mais. A teoria muitas vezes fica vaga, a gente não vê no dia a dia. E a gente associando a parte teórica à parte prática é fundamental, a pessoa sai sabendo muito melhor. (P1)

O curso não preparou adequadamente. Muito rápido, não tinha algo direcionado para a Geriatria. Focava muito em clínica médica, mas uma questão mais aberta, não teve foco em Geriatria. (P3)

A exposição do acadêmico de Medicina em semestres iniciais a idosos de comunidade ou de instituições pode motivá-los e despertar para habilidades específicas em relação aos idosos, contribuindo para a melhoria das atitudes no que se refere a esse grupo populacional (GALERA *et al.*, 2017). Um dos profissionais demonstrou em sua fala a capacidade do professor em gerar o interesse do aluno para determinada área/assunto.

A graduação não preparou para atendimento aos idosos. Deu uma base, o professor era muito diferenciado, dava aula com muita paixão e por ser uma área que eu me interessava, eu estudei um pouco mais. Mas eu diria que só essas aulas do semestre, na abordagem que foi, deixaram o aluno sair preparado para enfrentar, não. (P1)

O aluno A7 apontou que, às vezes, o médico pode se confundir e ser iatrogênico, piorando a situação de saúde do indivíduo: “*Porque muitos médicos acabam se confundindo, às vezes é fisiológico do idoso e tratam como patológico, e acabam piorando aquela situação*”.

Isso, como já referido por Tavares *et al.* (2008), pode ser decorrente da falta do ensino da Geriatria na graduação médica. Para eles, a ausência de Geriatria na matriz curricular das instituições médicas pode formar indivíduos que realizam um atendimento fragmentado, centrado no profissional, e focado da doença. Para Komatsu (2003), por outro lado, o envelhecimento corresponde a um período de

desenvolvimento e bem-estar, apesar de poderem estar presentes limitações inerentes ao próprio processo. Essas limitações, em contrapartida, não devem ser empecilhos para um atendimento de qualidade, mas sim, um ponto de partida para uma assistência mais acolhedora e humana.

Além de perceber que o profissional que atende o idoso precisa ter conhecimento técnico, uma aluna aponta que o preconceito também é algo que cria barreiras no atendimento a esse grupo populacional. Infere-se, de sua fala, que muitas pessoas associam o processo do envelhecimento à inutilidade, incapacidade e perda de função:

A população que mais procura médico, que às vezes se preocupa mais é a população idosa. Justamente por acometimento de doenças crônicas ou de outras doenças. E as vezes também idoso é muito deixado de lado porque ah, não tem mais funcionalidade, ah não serve mais para nada. Então acho que é muito deixado de lado, por isso tem que ter importância da gente voltar essa atenção para gente se formar lembrando também que, da mesma forma que a gente se preocupa com uma criança e com um adulto, tem que se preocupar com o idoso. (A3)

Sob essa perspectiva, fica evidente que o estudo sobre Gerontologia no currículo de graduação médica possibilita a construção de atitudes positivas com relação ao idoso. O contato com o idoso desempenha papel fundamental na (re)elaboração dos conceitos e atitudes acerca do envelhecimento (MONTANHOLI *et al.*, 2006). É preciso estimular discussões e promover interações entre discentes e idosos no sentido de modificar a visão estereotipada e os valores que muitas vezes são impostos pela sociedade. A construção de novos valores é o ponto fundamental e primordial para que os futuros profissionais da saúde possam planejar e prestar uma assistência de saúde adequada e digna aos idosos.

Essa problemática que a gente fala aqui é o que os alunos, futuros médicos, vão pegar no dia a dia na prática, nos postos de saúde, em emergências hospitalares ou até nas próprias especialidades. Então a gente tem que estar preparado para lidar com essa problemática porque a tendência é crescer cada vez mais e sem um curso adequado, vai ter uma base muito mais fraca. (P1)

A resposta de P1 corrobora a ideia de Komatsu (2003) de que o incipiente conteúdo de Geriatria e Gerontologia na graduação acarreta desafios aos profissionais que lidam diretamente com os idosos, pois, em sua maioria, não possuem habilidades mínimas que permitem o desempenho de um bom trabalho junto

a essa população. Segundo o referido autor, muitos não têm qualificação para identificar situações de risco para fragilização, perda de funcionalidade e autonomia, além de apresentarem dificuldade para realizar atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde e fortalecimento do vínculo com o paciente.

Há dificuldade em fazer diagnóstico adequado no paciente idoso, isso automaticamente vai dificultar o tratamento. Dificultando o tratamento, automaticamente o risco de óbitos dos pacientes idosos é muito maior. É o que eu vejo na minha prática. P3

Tem que ter um melhor diagnóstico para ter um melhor tratamento; fica mais prático para gente. P3

Nós nos formamos nos 6 anos e no final somos clínicos gerais, o nome já diz, temos que saber tudo, desde criança até o idoso. Então é essencial você saber o que é mais prevalente de acometer o idoso, que patologia é mais frequente. Porque você pode encontrar em qualquer situação ter que atender o idoso e pelo fato de não ter tido, não ter estudado, não saber direcionar, atender adequadamente. É essencial, como a pediatria e o ensino geral do adulto que a gente aprende mais na faculdade. A8

Os desafios são muitos e o estudo do envelhecimento é uma das ferramentas para a formação de profissionais e, especialmente, cidadãos, comprometidos com o envelhecimento populacional. Para Galera *et al.* (2017), a criação de um modelo viável e sustentável de cuidados para idosos deve ser um objetivo comum de instituições de ensino e gestores da saúde.

Em suma, o comprometimento dos diversos setores da sociedade em relação ao envelhecimento populacional, enfatizando-se o setor da educação, pode levar a uma redução da morbidade e mortalidade em idosos, além da redução de custos. Uma das formas de se atingir esse objetivo é por meio da formação de médicos com um olhar sensibilizado ao seu paciente, que priorize um atendimento centrado na pessoa e nas suas condições de vida, respeitando suas crenças, vontades e anseios.

Portanto, o estímulo ao ensino da Geriatria na graduação médica pode contribuir para capacitar profissionais para o cuidado com os idosos, oferecendo um atendimento qualificado e integral a uma parcela da população que, em um futuro próximo, será maioria no Brasil.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ideia de realizar essa pesquisa emergiu das minhas relações com o tema. A princípio, tinha o intuito de abordar algo que correlacionasse ensino e Geriatria, já que sou docente da faculdade que foi campo desta pesquisa e médica geriatra. Após uma revisão bibliográfica sobre o assunto, percebi que a Geriatria ainda não faz parte da matriz da maioria das instituições médicas de ensino superior, a despeito do envelhecimento populacional. Então, foi definido como objetivo principal do trabalho, compreender as contribuições do ensino da Geriatria na graduação médica e suas consequências na prática profissional.

Nesse sentido, foi investigado o entendimento dos alunos de Medicina de uma faculdade do interior da Bahia, sobre as contribuições do ensino da Geriatria na graduação para a prática futura. Além disso, foram realizadas entrevistas com alguns profissionais médicos que trabalham diariamente com idosos em emergências, consultórios, hospitais e unidades básicas de saúde. A ideia foi investigar, junto a esses profissionais, a importância do ensino da Geriatria na prática médica. Assim, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito alunos do curso de Medicina e com quatro profissionais que atuam com a população idosa, deixando-os livres para emitir suas opiniões, me colocando no papel de escutar ativamente o que tinham a dizer. Os dados emergentes das entrevistas foram organizados em três categorias. Assim, foi possível realizar uma análise entre as falas dos entrevistados, entrelaçando-as com ideias dos autores que fazem investigação sobre o tema desta dissertação.

A primeira categoria, intitulada *A importância do ensino da Geriatria na graduação médica*, discutiu a percepção dos alunos e profissionais médicos entrevistados acerca da necessidade do ensino da Geriatria na graduação e

demonstrou que todos os entrevistados consideraram importante a Geriatria no programa curricular das instituições médicas. Essa categoria foi subdividida em quatro subcategorias, sendo a primeira denominada *Envelhecimento populacional*, a segunda *Diferenciação do que é patológico e fisiológico do envelhecimento*, a terceira *Reconhecimento das particularidades do idoso* e a quarta *Identificação das doenças mais prevalentes*. Para os pesquisados, considerando o envelhecimento populacional, é importante que os profissionais de saúde estejam capacitados para identificar as particularidades, as alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento, bem como as condições de saúde mais prevalentes entre os idosos. Para que isso ocorra, por sua vez, apontaram que os estudantes de Medicina deveriam cursar obrigatoriamente uma disciplina de Geriatria durante a graduação.

A segunda categoria, denominada *Perspectivas sobre o ensino da Geriatria na graduação médica*, abordou a forma que a Geriatria deveria ser ensinada, os profissionais que devem estar à frente da docência e a estruturação do currículo. Para os entrevistados, a Geriatria pode ser vista durante todo o curso ou em semestres mais avançados, após conhecimentos básicos de clínica médica. Indicaram também que os docentes devem ter um conhecimento aprofundado na área, podendo ser de qualquer especialidade médica, sendo preferencialmente geriatra. Alguns referiram a possibilidade de profissionais de outras áreas da saúde ministrarem essa disciplina, desde que dominem os temas geriátricos.

Os entrevistados comentaram também sobre a necessidade de a teoria estar atrelada à prática, com inserção precoce em campos de atuação, além de capacitação para um atendimento voltado à integralidade e humanização do ser. Segundo eles, não basta o profissional deter o conhecimento técnico, é necessário abordar as questões sociais, emocionais e culturais, ou seja, é preciso ter um olhar voltado para o indivíduo em todas as suas dimensões. Além disso, para eles, é importante que o profissional de saúde saiba adequar a sua linguagem à realidade do paciente, para que a comunicação seja fluida e efetiva.

Em relação ao melhor momento para a Geriatria ser vista na graduação, também penso ser interessante abordá-la ao longo de todos os semestres, com abordagens diferentes e complementares em cada um. O contato precoce com a prática é importante, pois desperta a curiosidade dos alunos em relação a esse grupo populacional. Ademais, esse contato deve ocorrer não apenas em hospitais, mas em todas as unidades possíveis de atendimento de um idoso, como unidades de saúde

da família, emergências, centros de reabilitações e cuidados paliativos, consultórios e domicílios. Isso porque o egresso de Medicina deveria ser capaz de prestar um serviço de qualidade em qualquer setor da área de saúde, não apenas em hospitais.

A terceira categoria, intitulada *Consequências da ausência da Geriatria na graduação na prática médica*, corroborou as dificuldades encontradas por profissionais médicos no atendimento à população idosa. Tais profissionais revelaram haver, muitas vezes, atraso no diagnóstico e tratamento, além de dificuldade na identificação de determinadas condições clínicas nessa população, provavelmente por falta de conhecimento na área. A referida categoria também evidenciou os obstáculos que os egressos provavelmente terão que enfrentar, caso não haja modificações nos currículos das instituições de ensino médico do Brasil. Os entrevistados enfatizaram que, com o ensino médico vigente na maioria das instituições, dificilmente as particularidades dos idosos serão identificadas, além de não capacitar o profissional para um atendimento humanizado e de qualidade aos idosos do país.

Com os dados obtidos das entrevistas, percebi que o envelhecimento populacional é uma preocupação dos estudantes de Medicina e dos profissionais que lidam diariamente com os idosos nos setores de saúde. Constatei também que um atendimento humanizado, individualizado e voltado para as necessidades de cada ser faz parte dos objetivos dos sujeitos de pesquisa. As falas dos entrevistados trazem a ideia de que, assim como há treinamento para o cuidado da criança e da gestante, deve haver para os idosos, já que existem muitas especificidades nesse grupo etário que precisam ser reconhecidas por aqueles que se dispõem a cuidá-los.

Para se conseguir êxito na formação de médicos comprometidos com o atendimento da população idosa, é necessário que as faculdades médicas insiram a Geriatria em sua matriz curricular, estabelecendo carga horária, conteúdos e competências que deveriam ser trabalhadas ao longo do curso. As instâncias governamentais deveriam garantir e cobrar isso, já que um atendimento médico adequado, com diagnóstico rápido e correto e um olhar multidimensional, provavelmente reduzirá os gastos com internações, reabilitações e custos na área de saúde.

A educação tem o poder de quebrar barreiras e de reduzir os preconceitos relacionados à idade. Muitos alunos, geralmente, não querem atender idosos porque os consideram prolixos, poliqueixosos, lentos e com dificuldades de compreensão.

Entretanto, levá-los à prática precocemente e inseri-los no cotidiano desses idosos, fazendo-os conhecer seus problemas e dificuldades, pode sensibilizar os estudantes, fazendo-os romper com alguns preconceitos. Essa inserção em atividades práticas, no início do curso de Medicina, como já apontado, foi lembrada pelos sujeitos de pesquisa como importante para o aprendizado.

Outro ponto importante destacado pelos entrevistados é a comunicação com os idosos. Os acadêmicos de Medicina devem estar cientes de que existem alterações fisiológicas do envelhecimento, que, atreladas a algumas comorbidades e ações de medicamentos, podem interferir na comunicação médico paciente. Para garantir uma consulta de qualidade, existe a necessidade de conhecer as alterações do envelhecimento e de individualizar as informações, bem como a maneira com que será transmitida ao idoso. Se, por um lado, as pessoas idosas podem ter dificuldade para estabelecer uma comunicação verbal, por outro, podem estar treinadas e habilitadas para uma comunicação não verbal. Então, o estudante de Medicina precisa estar atento aos gestos, posturas, expressões, emoções ou sentimentos que podem ser expressos durante a consulta.

Destaca-se, ainda, que muitas das dificuldades de comunicação podem estar associadas à compreensão da linguagem e não à incapacidade intelectual. Dessa forma, o estudante deveria procurar falar pausadamente, com olhar voltado para o paciente, além de estimulá-lo a manter as suas atividades das vidas diárias, hábitos, autonomia e a execução de atividades que estimulem a linguagem, auxiliando no processo de comunicação. Ouvir dos alunos entrevistados sobre a importância da comunicação com os idosos e adequação à sua realidade foi gratificante para mim. Fiquei satisfeita também em perceber que muitos desses estudantes se preocupam em ver, ouvir, olhar, examinar cada situação e indivíduo como únicos.

Trazer a impressão dos profissionais de saúde sobre o atendimento de indivíduos idosos foi importante para evidenciar o quanto a prestação de serviços pode estar prejudicada pela falta de Geriatria na graduação médica. Por meio das falas, percebe-se que, muitas vezes, os diagnósticos são dados com atraso ou de forma errônea, por falta de conhecimento em relação às particularidades desse grupo populacional. A percepção dos alunos de que isso acontece na rotina médica diária também foi importante, pois me faz pensar que eles irão refletir sobre a prática futura e sobre a necessidade de adquirir conhecimentos mais aprofundados sobre a terceira idade.

Pode-se inferir, portanto, pelos dados analisados, que há necessidade de mudanças nos currículos médicos, pois muitos não têm a Geriatria em seu programa curricular e, os que têm, seguem os conteúdos e carga horária de acordo com os seus interesses. Além de tornar a Geriatria disciplina obrigatória, com o estabelecimento de uma carga horária mínima, é importante o desenvolvimento de conteúdos, competências e habilidades que poderão contribuir para desmitificar alguns preconceitos em relação aos idosos, permitindo a melhoria do atendimento desse grupo populacional. Aliado a isso, pode-se inferir que o ensino da Geriatria favorece uma prática médica mais humanizada, com ênfase no atendimento integral do paciente. Os dados dessa pesquisa podem servir de base, inclusive, para apontar mudanças necessárias no currículo da faculdade de Medicina que foi campo para este trabalho. Como já dito, segundo os entrevistados, o ideal é que a disciplina de Geriatria seja vista em semestres mais adiantados, após o estudo da clínica médica, fisiologia e anatomia. Além disso, foi frisado pelos alunos que a teoria deve estar atrelada à prática, como já acontece na instituição. Os entrevistados salientaram a necessidade de discutir, no decorrer da referida disciplina, a importância de um atendimento humanizado e global do idoso.

Em relação ao desenvolvimento desta dissertação, destaco que minha dificuldade foi realizar as entrevistas com alunos e me manter na postura de pesquisadora e não de professora. Afinal, durante as entrevistas, os estudantes pesquisados abordaram questões que diziam respeito ao momento adequado de se ver a Geriatria na graduação, aos conteúdos que devem ser abordados, mas comentaram também sobre a forma de abordagem da disciplina. Isso, por sua vez, de alguma maneira, refletia o meu modo de ensinar. Assim, constatar que os estudantes de Medicina da faculdade onde leciono percebem o quão é importante a aprendizagem de temas geriátricos me torna feliz e esperançosa, pois percebi que serão pessoas comprometidas com o atendimento da população idosa.

Por outro lado, ouvir os discursos dos meus colegas sobre as dificuldades encontradas diariamente por não terem tido a Geriatria na graduação, pelas perdas que ocorrem, diagnósticos errados, tratamentos que são deixados de fazer, me entristece. Mas, ao mesmo tempo, são propulsoras para que me mantenha firme no objetivo de despertar nos alunos a vontade de estudar sobre o processo do envelhecimento.

Como médica e atuante na atenção secundária, me deparo diariamente com idosos com perda da funcionalidade e da autonomia devido a condutas inadequadas de certos profissionais da área de saúde. Alguns se apresentam também com manifestações de doenças que, teoricamente, deveriam ter sido reconhecidas pelo clínico geral, mas que não foram, provavelmente por falta de conhecimento adequado na área. Muitas dessas situações acontecem porque não foi garantido o ensino da Geriatria na graduação médica desses profissionais. Assim, na posição de docente, percebo que tenho um papel fundamental em estimular os alunos a não verem apenas as patologias do idoso, mas terem um olhar atento e global, percebendo as questões sociais, familiares, mentais, psicológicas.

Além disso, é importante que os alunos modifiquem a ideia trazida por muitos de que o médico é o único responsável pelo cuidado do paciente. Na fala dos sujeitos de pesquisa, observou-se essa preocupação com a avaliação do idoso e suas múltiplas dimensões, além da importância da atuação de outros profissionais, não apenas dos médicos. A Geriatria e a Gerontologia nos fazem perceber o quanto é importante o trabalho em equipe e, como os resultados são positivos quando o médico aceita ouvir e acata as decisões de outros profissionais. O estudante deve estar atento para perceber que, devido às diversas demandas do indivíduo idoso, ele precisa do auxílio de pessoas das mais diversas áreas da saúde para garantir um atendimento global. O paciente, inclusive, deve ser visto como o grande protagonista das decisões. Ele deve participar ativamente na condução do seu caso, pontuando as suas vontades, desejos e condições de realizar o tratamento proposto.

Saliento que outros estudos podem surgir a partir deste, como, por exemplo, investigar a percepção dos docentes e dos coordenadores de curso de Medicina sobre o assunto. Além disso, novas pesquisas acerca da estruturação curricular, abrangendo carga horária e conteúdos adequados, podem ser realizadas, partindo-se dos dados encontrados.

Espero que essa pesquisa contribua para uma reflexão acerca do processo de envelhecimento. Além das instituições de ensino superior, cada cidadão brasileiro deve refletir sobre as mudanças que ocorrem com a idade, reconhecendo que elas acontecem com todas as pessoas, e que fazem parte de um fenômeno progressivo e inevitável. O jovem de hoje será o idoso do futuro e deve refletir sempre em relação à forma que deseja ser tratado futuramente. Quer ser visto como um peso para a sociedade? Como algo inútil? Ou quer ser visto com um olhar atento e que respeite

suas individualidades, crenças e experiências? Para termos um país preparado para o envelhecimento populacional, que ocorre desde já, é preciso vencer alguns preconceitos e estigmas, modificando o pensamento e as atitudes em relação aos idosos e valorizando uma atenção diferenciada, humana e sensível.

Para finalizar, destaco alguns trechos das entrevistas com os alunos que cursaram Geriatria na graduação: “Tivemos uma abordagem muito boa. E ter contato com a geriatra nos passou segurança. O fato de termos ido às práticas foi fundamental” (A8); “Professora maravilhosa e todo meu aprendizado sou grata a ela.” (A5); “Achei o módulo maravilhoso. Aprendi demais relacionado às demências, não sabia as diferenças, não sabia que existiam várias. Saí com a consciência de que aprendi.” (A6); “Módulo que gostei bastante, corri atrás e consegui aprender. A professora é maravilhosa.” (A7). Esses excertos me fizeram pensar que, de fato, valeu a pena trabalhar o processo de envelhecimento com esses alunos, pois foi significativo para eles. Além disso, me fizeram pensar sobre o quanto é importante estabelecermos uma boa relação com os nossos discentes para alcançarmos os objetivos almejados.

REFERÊNCIAS

INTITUIÇÃO INVESTIGADA. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina**. Faculdade de Medicina. Jacobina, 2015

BARRETO, Mayckel; CARREIRA, Lígia; MARCON, Sonia S.. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 325-339, jan.-mar. 2015.

BODACHNE, L. **Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia**. Curitiba: Champagnat, 1998

BONILLA, José Maurício Vieira. **Avaliação do ensino e grau de conhecimento de conteúdos de geriatria e gerontologia de acadêmicos de cursos de medicina brasileiros**. 2017. 71 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) - Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, 2017. Disponível em: <http://tede.upf.br/jspui/bitstream/tede/1309/2/2017JoseMauricioVieiraBonilla.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 1994. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, 1994. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/110060/politica-nacional-do-idoso-lei-8842-94>. Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. Lei nº 9394, 1996. **Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília, 1996. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm. Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 1999. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Brasília, 1999. Disponível em http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt_2528. Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 2002 **Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso**. Brasília, 2002a. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf. Acesso em 15 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 249, de 2002. **Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso**. Brasília, 2002b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes/_estaduais.pdf. Acesso em 15 set. 2019.

BRASIL. Lei nº 10741, de 2003. **Estatuto do Idoso**. Brasília, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm. Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.528, de 2006. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Brasília, 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 21 nov. 2020.

BRASIL, Vitor. J. W. **A Geriatria e Gerontologia nos currículos formais das escolas médicas do Paraná**. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de São Paulo- Escola Paulista de Medicina, São Paulo - SP.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Matriz de correspondência curricular para fins de revalidação de diplomas de médico obtidos no exterior**. Brasília, 2009a. Disponível em: http://download.inep.gov.br/educa%C3%A7%C3%A3o_superior/revalida/matrizcorrespondencia_curricular_revalida_sem_logo.pdf. Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 6.363, de 2009. **Inclui o ensino obrigatório de Geriatria nos cursos de Medicina, com carga horária não inferior a 120 (cento e vinte) horas**. Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES 3, de 20 junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014, Seção 1, p. 8-11. Brasília, 2014. Disponível em: <https://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2017/07/abem-estrategias-metodologias-DCN-2014.pdf>. Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL, Vitor Jorge Woytuski; BATISTA, Nildo Alves. O Ensino de Geriatria e Gerontologia na Graduação Médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 344-35, Set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000300344&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 nov. 2020.

BUARQUE, David Costa. **Análise do ensino sobre saúde do idoso em um curso de Medicina**. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Universidade Federal de Alagoas - Faculdade de Medicina, Maceió - AL.

CARDOSO, Vanir. Para que iniciar o ensino da geriatria na graduação? **Boletim do Curso de Medicina da UFSC**, v. 4, n. 8, ago 2018. Disponível em: <https://medicina.paginas.ufsc.br/files/2015/08/Boletim-Med-UFSC-agosto-18.pdf>. Acesso em: 20 jul 2020.

CASTRO, Vivian Carla de; RISSARDO, Leidyani Karina; CARREIRA, Lúgia. Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 2, p. 777-785, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800777&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Número de Geriatrias registradas no conselho Federal de Medicina**, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Câmara de Educação Superior**. Resolução nº 1, de 3 de abril de 2001. Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação. Brasília, 2001.

COSTA, Elisa F. A.; PORTO, Celmo C.; SOARES, Aline T. **Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado da Geriatria e Gerontologia**. *Revista da UFG*, vol. 2, 2003.

COSTA, Elisa F. A.; Pereira, S. R. M. Meu corpo está mudando o que fazer? In: J. L. Pacheco; J. L. M. Sá, L.; Py; S. N. Goldman (Orgs.). **Tempo rio que arrebat**a. Holambra: Setembro, 2005. p.13-25

COSTA, Elisa F. A. Afinal, quem vai cuidar de nós. **Geriatria & Gerontologia**. v. 4, p. 177-178, 2010.

CRUZ, M. B. I.; ALHO, C. L. Envelhecimento populacional: panorama epidemiológico e de saúde do Brasil e do Rio Grande do Sul. IN: JECKEL-NETO, E. A.; CRUZ, M. B. I. **Aspectos biológicos e geriátricos do envelhecimento**. Porto Alegre: EDIPUCRS, v. 2, 2000, p. 26-89.

ESQUENAZI, Danuza; DA SILVA, Sandra Boiça; GUIMARÃES, Marco Antônio. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 13, n. 2, mar. 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/10124>. Acesso em: 22 nov. 2020.

FECHINE, Basilio; TROMPIERI, Nicolino. Processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**. Edição 20, v. 1, n. 7, jan/mar. 2012.

FREITAS, Elizabete Viana de **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

FRIED L.; TANGEN C. M.; WALSTON J.; NEWMAN A. B.; HIRSCH C.; GOTTDIENER J.; SEEMAN T.; TRACY R.; KOP W. J.; BURKE G.; MCBURNIE M.

A. Frailty in Older Adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 56, n. 3, p. 146-156, 2001.

GALERA, S. C. O ensino do envelhecimento precisa amadurecer. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**; v. 3, p.189-190, 2011.

GALERA, Siulmara Cristina; COSTA, Elisa Franco de Assis; GABRIELE, Rosina Ribeiro. Educação médica em Geriatria: desafio brasileiro e mundial. **Geriatr., Gerontol. Aging (Impr.)**, v. 11, n. 2, p. 88-94, abr./jun. 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GONSALVES, Elisa P. **Conversas sobre iniciação à pesquisa científica**. 5. ed. Campinas: Alínea, 2011.

HAYFLICK L. Modulating aging longevity determination and the diseases of old age. In: **Rattan S. Modulating aging and longevity**. Norwell: Kluwer Academic Publishers, 2003. p. 1-17.

HOYER, Wilson; ROODIN, Paul. **Adult development and aging**. New York: The McGraw-Hill, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm. Acesso em: 7 jul. 2019.

IHU ON-LINE. **O envelhecimento populacional segundo as novas projeções do IBGE**. 1º set, 2018. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/582356-o-envelhecimento-populacional-segundo-as-novas-projecoes-do-ibge>. Acesso em: 4 jun. 2019.

KOMATSU, Ricardo Shoiti. Aprendizagem baseada em problemas na Faculdade de Medicina de Marília: sensibilizando o olhar para o idoso. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 7, n. 13, p. 162-178, Ago. 2003.

LANA, Leticia. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 673-680, 2014;

LEDFOURD, Heidi. Team Science interdisciplinary has become all the rage as scientists tackle society's biggest problems. But there is still Strong resistance to crossing borders. **Nature**, v.1, n 525, p. 308-311, 2015.

LIMA, Thais. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.4, p.866-877, 2010.

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

LUCCHETTI, Alessandra. **Avaliação de Estratégias de Ensino sobre “Geriatría e Gerontologia” na Graduação Médica.** 2017. Tese (Doutorado em Saúde) – Universidade de Juiz de Fora - Faculdade de Medicina, Juiz de Fora – Minas Gerais.

MAIA, Guilherme Almeida; SILVA, Silvana de Araújo; CARLOTA, Ana Paula Pereira; PIMENTA, Fausto Aloísio Pedrosa. Ensino Médico em Instituições Públicas Brasileiras e Demanda do Idoso. **Revista Geriatria & Gerontologia**, v.7, n.2, 93-98, 2013.

MARCONI, Marina A.; LAKATOS, Eva M. **Metodologia Científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, 2006.

MIRANDA, Gabriella M. D.; MENDES, Antônio C.G.; SILVA, Ana L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, p.507-519, 2016.

MONTANHOLI, Liciane Langona; TAVARES, Darlene Mara dos Santos; OLIVEIRA, Gabriela Ribeiro de; SIMÕES, Ana Lúcia de Assis. **Ensino sobre idoso e Gerontologia: visão do discente de enfermagem no estado de minas gerais.** **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 663-671, out-dez, 2006.

MORAES, Edgar. **Avaliação Multidimensional do Idoso.** Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 2018.

MORAES, Roque.; GALIAZZI, Maria do C. **Análise Textual Discursiva.** 2. ed. Ijuí: Unijuí, 2013.

MOTTA, Luciana B; AGUIAR, Adriana C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.2, p. 363-372, 2007.

MOTA, Thaciane Alves, *et al.* Fatores associados à capacidade funcional de pessoas idosas com hipertensão e/ou diabetes mellitus. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 1-7, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000100206&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 set. 2020.

NERI, Anita. L. **Palavras-chave em Gerontologia.** Campinas: Alínea, 2005.

NERI, Anita L.; JORGE, Mariana D. Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. **Estudos de psicologia**, vol. 23, n. 2 p. 127-137, abril/jun 2006.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Resolução CE 122. R9 Saúde das pessoas idosas.** Washington, DC.: OPAS, 1998.

NETTO, Matheus Papaléo; PONTE, José Ribeiro da. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: Papaléo Netto M (ed.). **Gerontologia**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu: 1996, p 26-43.

NETTO, Matheus Papaléo. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V., PY, L., *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 2-12.

PEREIRA, Adriane Miró Vianna Benke; SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; SCHWANKE, Carla Helena Augustin. Geriatria, uma especialidade centenária. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 19, n. 4, p. 154-161, out./dez. 2009.

PEREIRA, A. M.M. B *et al.* Ensino de Geriatria nas faculdades de Medicina brasileiras. **Geriatria e Gerontologia**. v. 4, n. 4, p. 179-184, 2010.

POVINELLI, Bibiana Marie Semensato. **O ensino em geriatria na graduação das escolas médicas do estado de São Paulo na óptica dos coordenadores de curso ou da disciplina**. 2009. 232 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2009.

ROCHA, Saulo. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 639-646, 2018.

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Residência médica em Geriatria – Diretrizes da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). **Geriatria & Gerontologia**, v. 5, n. 2, p. 119-125, 2011. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v5n2a12.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Carta Aberta à População Brasileira**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/12/R19.pdf>. Acesso em: 15 de set. 2019.

SCHNEIDER, Rodolfo H.; IRIGARAY, Tatiana Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n.4, p. 585-593, 2008.

SILVA, Eveline. **Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana**. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1029-1040, 2013.

TAFFET, George E. **Normal aging**. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/normal-aging#H23810931>. Acesso em: 03 nov. 2020.

TAVARES, D. M. DOS S.; RIBEIRO, K. B.; SILVA, C. C.; MONTANHOLI, L. L. **Ensino de Gerontologia e Geriatria: uma necessidade para os acadêmicos da área de saúde da universidade federal do triângulo mineiro?** - DOI:

10.4025/cienccuidsaude.v7i4.6671. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 7, n. 4, p. 537-545, 18 mar. 2009.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VANZELLA, Elidio. População Idosa e Médicos Especialistas: Um Modelo de Previsão. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 4, n. 2, 2015.

VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto; KALACHE, Alexandre. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-233, jun. 1987. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000300007&lng=es&nrm=iso. Acesso e: 21 nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101987000300007>.

VERAS, Renato; OLIVEIRA, Martha. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 887-905, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000600887&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2020.

VIANNA, Lucy. Relação Médico-Paciente idoso: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 150-159, 2010.

VIEL, Tania Araujo; DANTAS, Viviane A. N. C.; MARTINS, Anna Karenina Azevedo; LIMA, Ângela M. M. de. A. O eixo biológico do curso de Gerontologia. Escola de Artes. Ciências e Humanidades-Universidade de São Paulo. **Rev. Kairos Gerontol.**, v. 4, p. 433-443, 2009.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 62 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 15 set. 2019.

APÊNDICE A – Entrevista semiestruturada destinada aos sujeitos de pesquisa (estudantes)

Entrevista semiestruturada destinada aos sujeitos de pesquisa (estudantes)

1. Dados Pessoais:
 - 1.1 Nome completo:
 - 1.2 Semestre em curso:
2. O que você entende por Geriatria? E Gerontologia?
3. Você acredita que a Geriatria deve ser disciplina obrigatória no curso de Medicina? Por quê?
4. O ensino da Geriatria na Faculdade de Medicina de (CIDADE DA INSTITUIÇÃO INVESTIGADA) é oferecido no 3º semestre. Você concorda? Por quê?
5. Você considera a carga horária do Módulo de Geriatria da Faculdade de Medicina de (CIDADE DA INSTITUIÇÃO INVESTIGADA) adequada? Por quê?
6. Qual(is) especialidade(s), deveriam participar do ensino do envelhecimento para alunos de graduação? Por quê?
7. Como deveria ser o ensino da disciplina de Geriatria para auxiliar no futuro profissional do médico?
8. Qual a importância do ensino de Geriatria nos cursos de graduação médica?
9. Que conhecimentos um médico precisa ter para atender idosos?
10. Você tem alguma consideração a fazer?

APÊNDICE B – Entrevista semiestruturada destinada aos sujeitos de pesquisa (médicos)

Entrevista semiestruturada destinada aos sujeitos de pesquisa (médicos)

1. Dados Pessoais:

1.1 Nome completo:

1.2. Formação:

1.3. Área de atuação:

1.4. Tempo de atuação:

2. Você atende idosos? Se sim, onde?

3. Com que frequência atende idosos?

4. Tem alguma especialização na área da Geriatria/ Gerontologia? Qual?

5. Teve contato com a Geriatria/Gerontologia durante a graduação? Se sim, em que período foi? Foi disciplina obrigatória ou opcional? Qual a carga horária?

6. Acredita que o seu curso o preparou adequadamente para o atendimento aos idosos? Por quê?

7. Quais são os problemas mais comuns que os idosos enfrentam, sob seu ponto de vista?

8. O ensino de Geriatria nos cursos de graduação médica é importante? Justifique.

9. De que forma ensinar Geriatria, no curso de Medicina, para auxiliar na prática médica?

10. A Geriatria deve ser disciplina obrigatória no curso de Medicina? Por quê? Se sim, em que momento do curso?

11. Que conhecimentos deveriam ser ensinados na disciplina de Geriatria para contribuir com a futura atividade profissional do aluno?

12. Você tem alguma consideração a fazer?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A presente pesquisa, cujo título é “Contribuições do Ensino da Geriatria para a prática médica” é desenvolvida pela mestrandia Paula Conceição Gonçalves Serra Azul, aluna do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino, da Universidade do Vale do Taquari. Tem como objetivo investigar o impacto do ensino da Geriatria na prática médica.

Os dados para esta pesquisa serão produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas. Os resultados da pesquisa constituirão subsídios para produções científicas a serem encaminhadas para publicações e apresentadas em eventos da área.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação nesta pesquisa, pois fui devidamente informada sem qualquer constrangimento e coerção sobre os objetivos e instrumento de produção de dados que será utilizado, já citado neste termo.

Fui igualmente informada:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos relacionados à pesquisa;
- Da garantia de retirar meu consentimento a qualquer momento, deixar de participar do estudo;
- Da garantia de que não serei identificada quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados à pesquisa;
- De que, se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa, portanto não terei nenhum tipo de gasto previsto.

Este termo será assinado em duas vias, sendo que uma delas será entregue ao sujeito pesquisado e a outra será arquivada em local seguro pela pesquisadora. A responsável pela pesquisa é a mestrandia Paula Conceição Gonçalves Serra Azul (telefone: (74) 9 9953-9388).

Paripiranga, __ de _____ de 2019.

Assinatura da participante da pesquisa
RG:

Assinatura da pesquisadora
RG:

ANEXO 1 – Diretrizes apresentadas no Fórum de Ensino em Geriatria e Gerontologia

Diretrizes apresentadas, discutidas e aprovadas no Fórum de Ensino em Geriatria e Gerontologia realizado no XIX Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, no dia 2 de maio de 2014, na cidade de Belém, Pará.

CICLO BÁSICO	1° AO 8° SEMESTRE
Competências	Conteúdos
<p>Ao final da Unidade I, o aluno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os termos e conceitos básicos utilizados no estudo do envelhecimento e sua inserção histórica. • Compreender o conceito de saúde no processo de envelhecimento que ocorre no Brasil e no mundo. • Compreender a epidemiologia do envelhecimento no Brasil e no mundo. 	<p>Unidade I — Introdução</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudo da velhice: histórico e conceitos. • Epidemiologia do envelhecimento. • Promoção de saúde e qualidade de vida do idoso.
<p>Ao final da Unidade II, o aluno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compreender as teorias biológicas do envelhecimento humano. • Identificar as principais modificações anatômicas, funcionais e psicológicas que ocorrem com o envelhecimento humano e correlacionar com a dificuldade de avaliação do indivíduo idoso. • Conhecer o ciclo sono-vigília no idoso e as diferenças com as outras faixas etárias. • Compreender a ineficácia da terapia antienvelhecimento. 	<p>Unidade II — Biologia do envelhecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teorias biológicas do envelhecimento. • Modificações anatômicas, funcionais e psicológicas no processo de envelhecimento. • Imunossenescência. • Estresse oxidativo e envelhecimento. • Farmacologia no processo de envelhecimento. • Ciclo sono-vigília no idoso. • Terapia antienvelhecimento: ineficácia comprovada pela medicina baseada em evidências.
<p>Ao final da Unidade III, o aluno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compreender as principais síndromes geriátricas e suas principais consequências. 	<p>Unidade III — Síndromes geriátricas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gigantes da Geriatria. • Instabilidade postural e quedas no idoso. • Incontinência urinária e fecal. • Iatrogenia. • Insuficiência cognitiva. • Síndrome de imobilização e úlceras por pressão.
<p>Ao final da Unidade IV, o aluno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar as técnicas de comunicação verbal junto ao paciente idoso. • Realizar a anamnese do paciente idoso conhecendo as suas peculiaridades. • Realizar exame físico do idoso conhecendo as suas peculiaridades. • Aplicar e interpretar escalas e testes utilizados para triagem e avaliação funcional básica do idoso. • Aplicar e interpretar escalas e testes utilizados para triagem e avaliação cognitiva básica do idoso. • Realizar avaliação nutricional básica no idoso • Compreender a Avaliação Geriátrica Ampla e sua importância na avaliação multidimensional do idoso. • Discutir a dinâmica da interdisciplinaridade no atendimento ao idoso. 	<p>Unidade IV — Semiologia e atendimento ao idoso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peculiaridades da comunicação com o idoso. • Exame físico do idoso. • Atividades de Vida Diária: Atividades Básicas de Vida Diária (escalas de Katz e Barthel) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (escalas de Lawton e Pfeffer). • Avaliação cognitiva: Miniexame do Estado Mental, Fluência verbal, Teste do Desenho do Relógio. • Avaliação do humor: Escala Geriátrica de Depressão. • Antropometria básica do idoso e Miniavaliação nutricional. • Avaliação Geriátrica Ampla. • Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade.
<p>Ao final da Unidade V, o aluno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a evolução histórica da política social do idoso e dos espaços públicos ocupados pela sociedade civil na luta pelos direitos dos idosos. • Conhecer a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; • Conhecer a estrutura de funcionamento da Política de Atenção à Pessoa Idosa. • Compreender e identificar situações de negligência e maus tratos aos idosos e os fatores que podem influenciá-los. • Analisar a construção e experiência da função do cuidador de idosos. • Compreender o conceito de suporte social; • Reconhecer os sistemas formais e informais de suporte social. • Identificar os riscos que predisõem a institucionalização de idosos. 	<p>Unidade V — Políticas de atenção ao idoso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conferência de Saúde, Conselho de Idosos e Políticas de Atenção ao Idoso. • Estrutura da assistência à pessoa idosa no Brasil. • Maus tratos e a legislação: leis, portarias e o Estatuto do Idoso. • Cuidador de idosos. • Sistemas formais de suporte social: Hospital-dia, Centro-dia, Atendimento domiciliar, Instituições de Longa Permanência. • Sistemas informais: familiares, vizinhos e comunidades. • Fatores de risco que levam à institucionalização. • Modalidades de instituições de longa permanência. • Instituição de longa permanência padrão.
<p>Ao final da Unidade VI, o aluno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diferenciar os principais conceitos em ética e bioética no envelhecimento. • Abordar os aspectos éticos, bioéticos e legais referentes à terminalidade da vida. • Compreender o Testamento vital e suas implicações na prática clínica. • Refletir sobre as questões de envelhecimento, saúde, espiritualidade e terminalidade. 	<p>Unidade VI — Ética, bioética e espiritualidade no envelhecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ortotanásia, eutanásia. • Mistanásia, distanásia. • Paciente com doença terminal. • Cuidados paliativos. • Finitude: ética e bioética. • Testamento vital: considerações éticas. • Resolução do Conselho Federal de Medicina, Código de Ética Médica. • Saúde e espiritualidade.

ANEXO 2 – Diretrizes apresentadas no Fórum de Ensino em Geriatria e Gerontologia

Diretrizes apresentadas, discutidas e aprovadas no Fórum de Ensino em Geriatria e Gerontologia realizado no XIX Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, no dia 2 de maio de 2014, na cidade de Belém, Pará.

INTERNATO	9º AO 12º SEMESTRE
Competências	Conteúdos
<p>Ao final do internato, o interno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Executar uma anamnese do idoso, exame físico e os principais testes e escalas de triagem de avaliação funcional, cognitiva e nutricional, reforçando a importância da avaliação multidimensional do idoso. • Executar tarefas com equipe interdisciplinar. 	<p>Unidade I — Avaliação do idoso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisão de anamnese, de exame físico e das escalas e testes de avaliação multidimensional do idoso (avaliação funcional, cognitiva básica, do humor, nutricional básica, equilíbrio e marcha).
<p>Ao final do internato, o interno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar o manuseio correto dos medicamentos no idoso. • Identificar iatrogenia medicamentosa, formas de prevenção e resolução. 	<p>Unidade II — Farmacoterapia no envelhecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impacto das alterações relacionadas ao processo de envelhecimento na seleção e dose de medicamentos. • Identificação das medicações consideradas inadequadas ao idoso (critérios de Beers). • Prescrição adequada do paciente idoso. • Iatrogenia medicamentosa.
<p>Ao final do internato, o interno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar pelo menos três alterações funcionais em cada sistema e seu impacto na reserva funcional do idoso. • Realizar diagnóstico diferencial baseado na apresentação atípica das doenças nos idosos. • Abordar e tratar paciente com desidratação, pneumonia, infecção do trato urinário e síndrome coronária. 	<p>Unidade III — Apresentação atípica das doenças</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reserva funcional do idoso e importância no desencadeamento de doenças. • Apresentação atípica na desidratação, pneumonia, infecção do trato urinário, incontinência urinária, abdômen agudo e síndrome coronária aguda. • Diagnóstico e manuseio da desidratação, pneumonia, infecção urinária, incontinência urinária e síndrome coronária aguda e crônica no idoso.
<p>Ao final do internato, o interno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abordar paciente que apresenta distúrbios do equilíbrio da marcha e sofre quedas. 	<p>Unidade IV — Distúrbios da marcha do equilíbrio e quedas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Testes e escalas de avaliação do equilíbrio, marcha e do risco de quedas. • Exame neurológico direcionado. • Quedas: fatores de risco, causas, consequências e prevenção. • Hipotensão ortostática, tontura e síncope no idoso.
<p>Ao final do internato, o interno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Executar avaliação cognitiva básica e interpretar resultados. • Avaliar e tratar um paciente com <i>delirium</i> e/ou depressão. • Diagnosticar as principais demências que acometem o idoso. 	<p>Unidade V — Distúrbios cognitivos e comportamentais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déficit cognitivo: avaliação e principais causas no idoso. • Definição e diferenças clínicas entre <i>delirium</i>, depressão e demência. • Formulação de diagnóstico diferencial em um paciente que exhibe <i>delirium</i>, depressão ou demência. • Manuseio de urgência no paciente com agitação psicomotora (principalmente nos casos de <i>delirium</i>, demência e depressão, exceto risco importante de suicídio). • Tratamento farmacológico de depressão e <i>delirium</i>. • Tratamento não farmacológico de <i>delirium</i>, demência e depressão.
<p>Ao final do internato, o interno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas em idosos. • Realizar rastreamento de doenças crônicas em idosos. • Realizar avaliação e manuseio das principais doenças cardiovasculares, <i>diabetes mellitus</i>, dislipidemia e hipotireoidismo clínico e subclínico no idoso. 	<p>Unidade VI — Promoção de saúde e prevenção de doenças</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rastreamento em idosos: câncer, doença cardiovascular e <i>diabetes mellitus</i>. • Qualidade de vida na velhice. • Orientação preventiva geriátrica. • Manuseio das principais doenças cardiovasculares no idoso (hipertensão arterial, insuficiência coronária aguda e crônica, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral), <i>diabetes mellitus</i>, dislipidemia e hipotireoidismo clínico e subclínico no idoso.
<p>Ao final do internato, o interno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as principais definições e os princípios dos cuidados paliativos. • Indicar paciente para cuidados paliativos. • Aplicar protocolo <i>Spike</i> para dar má notícia. • Avaliar e manusear a dor e outros sintomas prevalentes em pacientes terminais. • Identificar as necessidades psicológicas, espirituais e sociais do paciente terminal e de seus familiares e atuar com a equipe interdisciplinar. • Conhecer a bioética e legislação em cuidados paliativos. 	<p>Unidade VII — Cuidados paliativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Principais definições e princípios dos cuidados paliativos. • Principais indicações de cuidados paliativos. • Má notícia: Protocolo <i>Spike</i>. • Dor e sintomas prevalentes em cuidados paliativos. • Necessidades do idoso ao fim da vida e atuação interdisciplinar. • Legislação brasileira e Código de Ética Médica em relação aos cuidados paliativos.
<p>Ao final do internato, o interno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar os riscos potenciais da hospitalização em idosos e estratégias de prevenção. • Abordar os principais problemas relacionados à hospitalização dos idosos. • Conhecer as indicações de internação de pacientes idosos em Unidade de Terapia Intensiva. • Programar alta hospitalar de idosos e realizar os cuidados de transição. 	<p>Unidade VIII — Cuidados na hospitalização de idosos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riscos de hospitalização: imobilidade, <i>delirium</i>, efeitos colaterais de medicamentos, má nutrição, úlcera por pressão, procedimentos, períodos pré e pós-operatório, infecção hospitalar e estratégias de prevenção. • Critérios de internação de idosos em Unidade de Terapia Intensiva. • Alta hospitalar e orientações para cuidados da transição.



UNIVATES

Rua Avelino Tallini, 171 - Bairro Universitário
Lajeado | RS | Brasil | CEP 95900-000 | Cx. Postal 155
Telefone: (51) 3714-700
0 www.univates.br | 0800-700-809