

# Educação permanente na atenção à saúde de idosos<sup>1</sup>

*Maria Cristina Pedro Biz*

*José Antonio Maia*

**RESUMO:** este estudo discute a formação de profissionais na atenção à saúde do idoso no município de Santos. Partimos da escuta de gestores da saúde, e a análise dos dados confrontados com a literatura evidenciou dois eixos norteadores: qualidade de vida e competência profissional. A inter-relação dos dois eixos pode constituir uma estratégia operacional de capacitação profissional permanente.

**Palavras-chave:** educação profissional em Saúde Pública; competência profissional; saúde do idoso.

**ABSTRACT:** *This study discusses the training of professionals involved in the health care of aged patients in the city of Santos, state of São Paulo. Data were collected through listening to health managers. The data analysis compared with the literature revealed two axes: quality of life and professional competence. The interrelation of the two axes can constitute an operational strategy for continuous professional training.*

**Keywords:** *Professional Education in Public Health; Professional Competence; Aged People's Health.*

## Introdução

Em decorrência do incremento de afecções crônico-degenerativas e de incapacidades funcionais, observa-se uma demanda crescente no

---

1 Baseada em Tese de Mestrado da primeira autora, intitulada Capacitação de médicos e enfermeiros para o cuidado à saúde de idosos na rede básica de saúde do Município de Santos, defendida em 2005, na Universidade Federal de São Paulo.

atendimento à pessoa e à população idosa nos diferentes níveis da rede de atenção à saúde, expondo ao setor público a necessidade de adotar medidas que possam combater iniquidades, em uma perspectiva de ação multidimensional, que extrapola o simples cuidado de doenças.

Assim, configura-se a importância da capacitação de recursos humanos voltada para o desenvolvimento das competências necessárias ao cuidado à saúde do idoso, considerando-se suas peculiaridades e sua complexidade. Esse é um desafio para os planejadores de programas de educação permanente nos diversos serviços, sobretudo quando se considera a atual escassez, nos currículos de formação superior em saúde, de conteúdos e cenários de prática relacionados à geriatria e à gerontologia (Diogo e Duarte, 1999).

Dois aspectos devem ser levados em conta no contexto da educação permanente de profissionais. O primeiro refere-se às tendências atuais de formação nos diversos níveis da escolaridade, que deve tomar como fundamento não apenas a “transmissão de informações” e o “treinamento técnico”, mas o desenvolvimento das múltiplas dimensões da competência profissional (Maia, 2004).

O segundo aspecto a ser considerado diz respeito à necessidade do conhecimento da realidade local, no que concerne às características da população e do cuidado à saúde que se pretende oferecer aos idosos.

### Características locais

O município de Santos é referência na implantação de políticas públicas em saúde, tendo sido precursor na implantação do SUS no país. Suas características geográficas (é uma cidade litorânea), sua elevada qualidade de vida (apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,871 – um dos maiores, no âmbito nacional), o expressivo percentual populacional de indivíduos idosos (15,6%), em comparação com os índices médios brasileiros (8,6%) (IBGE, 2000), e a ampla rede de assistência referendam a escolha do contexto deste estudo. Desde 2001, alguns programas, como o Programa do Idoso e o Programa de Hipertensão e Diabetes da Secretaria Municipal de Saúde desenvolvem,

nas Unidades Básicas de Saúde, ações específicas de prevenção a doenças comuns ao envelhecimento, com a participação de equipe multidisciplinar nas áreas de endocrinologia, cardiologia, enfermagem, nutrição, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia. Essas e outras áreas estão contempladas também na formação de Cuidadores de Idosos, curso oferecido semestralmente pelo programa.

Na área social, Santos possui três Centros de Convivência Municipais, onde o idoso pode realizar desde atividades físicas a sociais, e quatro Repúblicas do Idoso, que são moradias onde o idoso sem família ou residência fixa divide espaço com outros em situação igual. Ambos os serviços estão vinculados à Secretaria Municipal de Ação Comunitária.

Com tal visão, o presente trabalho tem por objetivo caracterizar, sob o ponto de vista de gestores da área da saúde, o perfil dos profissionais de saúde que cuidam de idosos no nível da atenção básica no município de Santos, articulando-o com as tendências de formação e as demandas e necessidades do cuidado à saúde dessa população.

## **Metodologia**

Como estratégia para a coleta de dados, optou-se pela técnica do grupo focal. Os sujeitos da pesquisa foram três médicos, dois psicólogos, uma enfermeira e um fisioterapeuta, todos com cargos de chefia de setores da Secretaria Municipal de Saúde (Atendimento Básico, Ambulatório de Especialidades, Atenção Psicossocial e Seção de Reabilitação e Fisioterapia) ou de coordenadoria de Programas no Município (Hipertensão e Diabetes, Saúde do Idoso), e um da Secretaria Municipal de Assistência Social (Coordenador do Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso). Todos participam ativamente de processos de capacitação de profissionais para a atenção à saúde de idosos no município de Santos.

Dois outros profissionais da área da saúde atuaram como observadores, sendo suas apreciações, relativas a expressões e comportamentos dos participantes, registradas e posteriormente utilizadas como elementos subsidiários para a análise dos dados. Os depoimentos foram gravados

e transcritos na íntegra. As questões norteadoras, apresentadas pela pesquisadora, referiram-se ao perfil profissional desejado para médicos e enfermeiros, com vistas ao cuidado integral à saúde de idosos em UBSs, bem como às características consideradas adequadas do atendimento ao idoso no município de Santos. Os dados foram interpretados por intermédio do método hermenêutico-dialético (Minayo, 2004).

## Resultados

Inicialmente, o grupo discutiu informações de caráter geral, mencionando, por exemplo, que, no município de Santos, de acordo com dados do censo de 2000 do IBGE, pouco mais de 15% da população é de idosos, correspondendo a um contingente de 65.200 pessoas com mais de 60 anos. Reconheceu que, com a elevação da expectativa de vida da população, haverá uma tendência do crescimento da demanda de cuidados à saúde por idosos, cujo atendimento deve ser uma das prioridades da política de saúde do município, respeitando-se os princípios legais da assistência universal e igualitária. Ficou claro que o atendimento, na rede, não deve ocorrer em unidades específicas para idosos, mas nos próprios equipamentos já existentes (UBSs e ambulatórios, dentre outros). Nesse mesmo sentido, o grupo entendeu que os médicos responsáveis pelo cuidado dessa população devem ter uma formação clínica geral. O mesmo aplica-se aos enfermeiros. Considerando-se a carência de especialistas no município, os geriatras deveriam ser responsáveis pela “resolutividade final”, em casos de maior complexidade, bem como pela capacitação dos clínicos para o atendimento do idoso, principalmente no que diz respeito às doenças mais prevalentes nessa população, às peculiaridades da resposta a medicamentos e aos aspectos do cuidado propriamente dito. Foi ressaltada a importância da “desospitalização” e “desmedicalização” na atenção a saúde do idoso.

Houve ênfase na necessidade e relevância da capacitação, pelo sistema público de saúde, dos cuidadores (formais e informais) desses pacientes.

Além do rompimento com os preconceitos sociais com relação ao idoso por parte dos profissionais, um outro item levantado referiu-se à necessidade de acolhimento do idoso em todas as instâncias do atendimento, desde a recepção das unidades até o interior das salas de enfermagem e dos consultórios médicos.

Houve um reconhecimento da peculiaridade do cuidado à saúde de idosos, o que se reflete na necessidade da formação, em caráter permanente, dos profissionais de saúde, com um perfil específico, diferenciado, exigindo características próprias, pessoais, do profissional. Surgiram, inclusive, alguns comentários a respeito da impossibilidade de capacitar um indivíduo que não tem o “perfil” (ou que não deseja ter) para o cuidado do idoso. A questão da empatia (enfaticamente relacionada com os vínculos que devem ser estabelecidos com o paciente, visto de forma integral, em sua trajetória de vida) foi, inclusive, relacionada a aspectos da “percepção cultural” do envelhecimento do próprio profissional e de suas relações familiares, sendo este um dos determinantes da própria qualidade do atendimento.

Quanto ao cuidado à saúde física do idoso, observou-se que o termo “resolutividade” foi utilizado com ênfase, em relação aos freqüentes “múltiplos acometimentos” desses pacientes. Ressaltou-se também a necessidade de o profissional saber lidar com as limitações do idoso (visuais, auditivas, etc.), comunicando-se e relacionando-se da melhor forma com o paciente, utilizando um vocabulário e um tom de voz adequados. Essa questão foi ampliada pela identificação da função de educador dos profissionais, no que diz respeito à saúde e aos hábitos de vida dos pacientes.

A necessidade da atenção a aspectos que vão além do tratamento de doenças também foi destacada. É necessário que o profissional tenha conhecimento dos diversos espaços e setores disponibilizados pelo município (de lazer, convivência e assistência social, dentre outros), no sentido de orientar a clientela. Foram também apontados aspectos relativos ao respeito à espiritualidade e à preocupação com a independência do idoso.

Foi salientada, de forma significativa, a relevância da compreensão, pelo profissional, da dinâmica das relações do idoso com a família, destacando-se a percepção do problema que este pode representar para os que com ele convivem e para si próprio, em termos de demandas especiais e de limitações físicas e de tempo. Emergiu também a complexidade das reações psicológicas e emocionais, tanto do próprio paciente como de sua família, relativas a doenças e, eventualmente, ao óbito do idoso, envolvendo, por exemplo, sentimentos de “culpa” e de “alívio” de parentes e cuidadores.

Nesse sentido, foi destacado que o processo de educação dos médicos e enfermeiros deve ser permanente, consistindo não apenas de um “treinamento”, mas sendo direcionado ao desenvolvimento da competência profissional. Torna-se necessário formar continuamente profissionais aptos a enfrentar situações imprevistas, considerando-se a evolução do conhecimento científico, as demandas específicas e individuais dos idosos, bem como as invariáveis transições sociais. Os participantes enfatizaram que o desenvolvimento profissional é um determinante dos mais importantes na qualidade da atenção à saúde do idoso no município, da qual faz parte também a reorganização dos serviços, focando as necessidades dos indivíduos e da coletividade, sob a perspectiva da visão integral do ser humano.

## Discussão

A análise de conteúdo dos dados obtidos no grupo focal apontaram para dois grandes eixos de análise:

- as características do cuidado à saúde do idoso no município de Santos;
- os requisitos do profissional, ou seja, o perfil profissional desejado para o cuidado do idoso

Para que pudéssemos sistematizar os resultados, esses dois eixos foram correlacionados com referenciais teóricos emergentes da literatura.

## As características do cuidado à saúde do idoso no município de Santos

Embora o termo “qualidade de vida” tenha sido mencionado apenas uma vez no grupo focal, o mesmo reconheceu que a atenção à saúde do idoso deve ocorrer numa perspectiva de individualidade e de integralidade de cuidados. Em nossa análise, pudemos concluir que a quase totalidade das falas referentes às múltiplas dimensões do cuidado ao idoso apresentadas pelo grupo focal podem ser incluídas, sistematizadas e analisadas à luz dos domínios estabelecidos pela OMS, encontrados no instrumento de avaliação de qualidade de vida *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL). Esse instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL – 100) consiste de 100 perguntas referentes a seis domínios, divididos em 24 facetas (Quadro 6). Está disponível em vários idiomas e possui uma versão em português já devidamente validada (Fleck et alii, 1999)

Esse grupo define qualidade de vida (ibid.) como:

A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Fica explícito que o conceito de qualidade de vida é subjetivo, multidimensional e inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos.

O realinhamento desses Domínios resultou na definição do eixo “Qualidade de Vida” num procedimento metodológico que relacionou as características da atenção à saúde do idoso segundo as falas do grupo focal ao instrumento proposto pela OMS.

A seguir são apresentados os domínios acima mencionados, correlacionando-os com alguns dos aspectos mais relevantes levantados pelo grupo focal, no contexto das características do cuidado a ser oferecido pela rede de atendimento:

*Domínio físico* – promoção (em todos os níveis) e proteção à saúde, bem como atendimento, pelo conjunto de equipamentos da rede do município, às doenças mais prevalentes dos idosos, numa perspectiva de integralidade e multiprofissionalidade.

*Domínio psicológico* – atenção integral à saúde mental, acolhimento diferenciado nas instalações da rede.

*Nível de independência* – promoção da autonomia de vida do idoso, não apenas por intermédio de atendimento fisioterápico, mas pela orientação quanto à gênese de lesões nos diversos locais onde o mesmo transita.

*Relações sociais* – disponibilização de uma rede intersetorial e intergeracional que promova a inclusão e a participação social do cidadão idoso; atenção aos eventuais problemas em suas relações familiares.

*Ambiente* – oferecimento de espaços de lazer especialmente desenhados e equipados, tanto do ponto de vista físico como da assistência por profissionais especializados; provimento de acessibilidade nas instalações.

*Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais* – promoção da formação ética dos profissionais, sob a forma de discussões amplas de casos e situações da prática.

## O perfil profissional desejado para o cuidado do idoso

Além disso, a multiplicidade de características indicadas pelo grupo com referência ao perfil de formação permanente dos médicos e enfermeiros que cuidam de idosos estabelece claramente um paralelo com as dimensões da “competência profissional” propostas por Epstein e Hundert (2000), mostrando-se muito operacional para sistematização dos resultados.

Os autores propõem, como conceito de competência profissional:

O uso habitual e criterioso da comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexões sobre a prática diária para o benefício do indivíduo e da comunidade sendo atendida.



A noção de competência refere-se, portanto, a um conhecimento posto em prática, a um “saber fazer” de forma reflexiva, crítica, integral e resolutiva. Dessa forma, os programas de educação permanente devem pautar-se, não pela transmissão de um “estoque de saberes”, mas pelo desenvolvimento de competências, em múltiplas dimensões, que são a seguir apresentadas, juntamente com algumas das características desejadas dos profissionais, relatadas pelos pesquisados, com relação às mesmas.

A seguir, a correlação dos dados obtidos no grupo focal com as Dimensões da Competência Profissional, que resultou na definição do eixo “Competência Profissional”.

*Cognitivo* – Conhecimento, pelos profissionais envolvidos, da fisiologia e da fisiopatologia do envelhecimento humano, bem como da conduta resolutiva ante as principais doenças que afetam os idosos (muitas vezes de forma concomitante) e das especificidades das respostas aos tratamentos propostos; autonomia intelectual no acesso a informações científicas.

*Técnico* – Realização da avaliação funcional do idoso (exames clínicos e complementares); educação do idoso quanto à(s) sua(s) doença(s), bem como à manutenção de sua integridade física e independência nos ambientes onde ele convive (condutas que favoreçam a conservação da capacidade funcional); realização e orientação quanto a procedimentos terapêuticos que comumente afetam idosos (úlceras, etc.).

*Integrativa* – Concepção da saúde não apenas como um distúrbio biológico, compreendendo suas dimensões psíquicas, espirituais, culturais, econômicas, políticas e ambientais, dentre outras, tanto em caráter individual quanto coletivo, orientando quanto ao uso dos equipamentos sociais disponíveis na área geográfica e estimulando práticas que proporcionam um envelhecimento saudável.

*Contextual* – Possibilidade de atuar profissionalmente nos vários cenários onde ocorre a atenção ao idoso, respeitando a “lógica de funcionamento” de cada um destes; proposição, gerenciamento e desenvolvimento de ações e estratégias que aprimorem a atenção ao idoso (campanhas, programas, dentre outros).

*Relacional* – Capacidade de comunicação com o idoso, acolhendo-o em suas necessidades e lidando com suas limitações; relacionamento com a equipe multiprofissional, lidando com possíveis situações de conflito.

*Afetivo/Moral* – Desenvolvimento da capacidade de cuidar verdadeiramente do idoso, numa perspectiva de integralidade; responsabilidade com as diversas práticas envolvidas no cuidado; comportamentos e posturas respeitosas com relação aos costumes, valores e crenças do idoso, acumulados durante sua vida.

*Hábitos mentais* – Capacidade de auto-avaliação constante de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores ante a assistência ao idoso.

Importante ressaltar, no que diz respeito à formação profissional, que a competência é passível de desenvolvimento, e mudanças na prática profissional e no contexto do cuidado devem levar a redefinições de competência.

Na divisão dos eixos, não houve a intenção de “compartimentalizar” aspectos de formação em eixos rigidamente definidos, mas de construir um referencial que possibilite a operacionalização de um processo de planejamento de capacitação adaptável ao contexto local e ao perfil profissional desejado.

Com efeito, em alguns casos, é difícil traçar fronteiras entre as dimensões, com relação a determinadas competências. A título de exemplo, a “capacidade de acolher” diz respeito tanto a aspectos relacionais quanto afetivos e técnicos.

## Conclusões

O planejamento de programas e ações de educação permanente no contexto da atenção à saúde do idoso é complexo, devendo levar em conta tanto características regionais e políticas do atendimento quanto o perfil profissional desejado. O presente trabalho evidencia que esses dois eixos se desdobram em diversos aspectos, que, de acordo com a interpretação dos dados obtidos no grupo focal de gestores e formadores do município de Santos, podem ser correlacionados, respectivamente, aos domínios da

qualidade de vida, segundo a OMS (Fleck, 1999, 2000), e às dimensões da competência profissional propostas por Epstein e Hundert (2002).

Como exemplo, a inter-relação entre o *Domínio Psicológico*, proposto pela OMS, o eixo *Qualidade de Vida* e a *Competência Relacional*, proposta por Epstein e Hundert, nos levaria a pensar na necessidade do acolhimento. O idoso tem processo interno peculiar, que necessita ser compreendido, no sentido do acolhimento de suas necessidades e limitações. Nesse aspecto, o programa de capacitação deveria abranger, por exemplo, vivências, no sentido de desenvolver a empatia e a acolhida. Outro exemplo, no eixo *Nível de Independência* (OMS) e *Técnicas* (Epstein e Hundert), contemplaria a orientação ao idoso quanto à manutenção de sua integridade física, nos ambientes onde ele convive. Os profissionais de saúde devem estar aptos a orientar o idoso quanto à manutenção de sua independência, evitando, por exemplo, quedas e fraturas. O programa, numa perspectiva interdisciplinar, deveria contemplar o conhecimento das técnicas para prevenir lesões no domicílio e na via pública, bem como o uso correto de equipamentos de auxílio.

As inter-relações dos domínios da qualidade de vida com as dimensões da competência representam, potencialmente, uma estratégia operacional para o planejamento de projetos de capacitação profissional, possibilitando um distanciamento da lógica linear do elenco de conteúdos a serem abordados e aproximando-se de uma proposta multidimensional de formulação de objetivos a serem desenvolvidos no processo de educação permanente dos profissionais. Possibilita o detalhamento dos conteúdos e das estratégias de formação, considerando-se demandas e variáveis, como, por exemplo, o contexto local (equipamentos, serviços), mudanças no perfil de morbidade da população, a evolução do conhecimento, mudanças no perfil de formação dos profissionais. Representa um exercício de planejamento no processo de capacitação, para que o profissional possa exercer o cuidado à saúde do idoso numa perspectiva integral, de resolutividade e de continuidade das ações. A revisão dos programas com base nesses dois eixos, redireciona as ações educativas, valorizando a capacitação de forma permanente, oferecendo maior autonomia às equipes de saúde no desenvolvimento de ações promotoras de saúde. Abrange também a formação do profissional de saúde considerando a dinâmica social e suas implicações nas práticas cotidianas.

## Referências

- DIOGO, M. J. D. e DUARTE, Y. A de O. (1999). O envelhecimento e o idoso no ensino de graduação em enfermagem no Brasil: do panorama atual a uma proposta de conteúdo programático. *Rev Esc Enf*, n. 33, pp. 370-376.
- EPSTEIN R. M. e HUNDERT E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA*, n. 287, pp. 226-235.
- FLECK, M. P. de A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – 100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5.
- FLECK, M. P. de A. et alii (1999a). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL –100). *Rev Saúde Pública*, n. 33, pp. 198-205.
- \_\_\_\_\_(1999b). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL – 100). *Rev Bras Psiq*, n. 21, pp. 19-28.
- IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000). *Censo Demográfico: Brasil*. Rio de Janeiro, IBGE.
- MAIA, J. A. (2004). “O currículo no ensino superior em saúde”. In: BATISTA, N.A. e BATISTA, S.H. (orgs.). *Docência em Saúde: temas e experiências*. São Paulo, Senac.
- MINAYO, M. C. S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8 ed. São Paulo, Hucitec.

*Data de recebimento: 10/6/2007; Data de aceite: 17/8/2007.*

---

**Maria Cristina Pedro Biz** – Mestre em Ensino em Ciências da Saúde pela Unifesp/EPM (Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina) – Cedess – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde. E-mail: cristina\_biz@yahoo.com.br

**José Antonio Maia** – Doutor em Medicina pela UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro). Docente do Programa de Pós-Graduação *Sensu Stricto* (Mestrado) “Ensino em Ciências da Saúde” do Cedess – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, da Unifesp/EPM (Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina). E-mail: maia@cedess.epm.br