

## Capacitação, conhecimentos e crenças de médicos da Atenção Primária à Saúde relacionados ao envelhecimento

*Professional education, knowledge and beliefs of Primary Health Care physicians related to aging*

*Capacitación, conocimiento y creencias de los médicos de Atención Primaria relacionados con el envejecimiento*

Aila Davis Fanstone Pina Vieira  
Lucy de Oliveira Gomes  
Clayton Franco Moraes  
Otávio Toledo Nóbrega

**RESUMO:** O aumento da população idosa, com os complexos problemas de saúde que a envolvem, evidencia a necessidade do uso da Atenção Primária à Saúde (APS), que deve ser a porta de entrada para a atenção à saúde dos idosos. Espera-se que a APS exerça ações curativas e, principalmente, de prevenção e promoção à saúde para este grupo etário. O objetivo deste estudo foi avaliar, em 49 médicos que atuam na APS de Anápolis, estado de Goiás, a formação profissional na área do envelhecimento, os conhecimentos básicos sobre a velhice e as crenças relacionadas aos idosos. Foram aplicados os seguintes questionários: formação acadêmica na área do envelhecimento; Questionário Paltone-Neri-Cachioni, a fim de avaliar os conhecimentos básicos sobre a velhice; e Escala de Neri, para verificar as crenças relacionadas aos idosos. Os médicos mostraram carecer de formação acadêmica e conhecimentos básicos na área gerontológica. Entre eles, 22,4% deles não cursaram a disciplina Geriatria e Gerontologia na graduação, 71,4% não tinham qualquer tipo de especialização, 91,8% não fizeram residência médica. Nos últimos cinco anos, somente 38,8% participaram de cursos de Geriatria e Gerontologia, 10,2% fizeram pesquisa na área, e 59,2% leram algum artigo sobre envelhecimento. Na avaliação dos conhecimentos básicos sobre a velhice, os maiores números de acertos, 91,8% e 83,7%, surgiram nas duas questões que tratam de aspectos físicos do envelhecimento.

A questão que recebeu menor número de acertos (6,1%) aborda o aspecto social do envelhecimento; e as duas questões que tratam de aspectos psicológicos tiveram menos de 20% de acertos. Quanto às crenças relacionadas à velhice, a tendência geral das respostas foi negativa. O domínio com avaliação mais positiva foi Agência e o com avaliação mais negativa foi Relacionamento Social. O item com crença mais positiva foi o relacionado à sabedoria. Concluiu-se que é necessária educação continuada para os médicos que atuam na APS, focada nos diferentes aspectos do envelhecimento, incluindo os psicossociais, assim como a adoção de crenças positivas relacionadas aos idosos.

**Palavras-chave:** Médicos de Atenção Primária; Idoso; Capacitação profissional.

**ABSTRACT:** *The increase in the elderly population, with the complex health problems that involve it, evidences the need to use Primary Health Care (APS), which should be the gateway to health care for the elderly. It is expected that the APS will carry out curative actions and, mainly, of prevention and health promotion in this age group. The objective of this study was to evaluate the professional training, basic knowledge and beliefs related to the area of aging, in 49 physicians who worked in APS of Anápolis, Goiás, Brazil. The following questionnaires were used: one to verify the professional training in the area of aging; the Paltmore-Neri-Cachioni Questionnaire, in the evaluation of basic knowledge about old age; and the Neri Scale, to know the beliefs related to the elderly. The physicians showed lack of professional training and basic knowledge in the gerontological area. Among them, 22.4% did not attend Geriatrics / Gerontology discipline at graduation, 71.4% did not have any type of specialization and 91.8% did not obtain medical residency. In the last five years, only 38.8% participated in Geriatrics courses, 10.2% did research in the area and 59.2% read some article about aging. In the evaluation of basic knowledge about old age, the highest numbers of correct answers, 91.8% and 83,7%, have arisen in the two questions that deal with the physical aspects of aging. The issue that received fewer correct answers (6.1%) addresses the social aspect of aging and two issues dealing with psychological aspects had less than 20% of correct answers. As to the beliefs related to old age, the general tendency of the answers was negative. The domain with the most positive evaluation was Agency and the one with the most negative evaluation was Social Relationship. The item with the most positive belief was that of wisdom. It was concluded that continuous education of these professionals is necessary, focused on the different aspects of aging including the psychosocial, as well as the adoption of positive beliefs related to the elderly.*

**Keywords:** *Physicians; Primary Care; Aged; Education Professional.*

**RESUMEN:** *El aumento de la población de ancianos, con los complejos problemas de salud que lo rodean, resalta la necesidad del uso de Atención Primaria de Salud (APS), que debería ser la puerta de entrada a la atención de la salud de los ancianos. Se espera que PHC realice acciones curativas y, principalmente, prevención y promoción de la salud para este grupo de edad. El objetivo de este estudio fue evaluar, en 49 médicos que trabajan en APS de Anápolis, estado de Goiás, Brasil, la formación profesional en el área del envejecimiento, los conocimientos básicos sobre la vejez y las creencias relacionadas con los ancianos. Se aplicaron los siguientes cuestionarios: educación académica en el área del envejecimiento; Cuestionario Paltore-Neri-Cachioni para evaluar los conocimientos básicos sobre la vejez; y Escala Neri para verificar las creencias relacionadas con los ancianos. Los médicos mostraron falta de antecedentes académicos y conocimientos básicos en gerontología. Entre ellos, el 22.4% de ellos no asistió al curso de pregrado de Geriatria y Gerontología, el 71.4% no tenía especialización, el 91.8% no tenía residencia. En los últimos cinco años, solo el 38.8% asistió a cursos de Geriatria y Gerontología, el 10.2% investigó en el área y el 59.2% leyó algún artículo sobre el envejecimiento. En la evaluación de los conocimientos básicos sobre la vejez, el mayor número de respuestas correctas, 91.8% y 83.7%, surgió en las dos preguntas que tratan con los aspectos físicos del envejecimiento. La pregunta que recibió el menor número de visitas (6,1%) aborda el aspecto social del envejecimiento; y las dos preguntas que tratan aspectos psicológicos tenían menos del 20% de respuestas correctas. En cuanto a las creencias relacionadas con la vejez, la tendencia general de las respuestas fue negativa. El dominio con la calificación más positiva fue Agencia y el dominio con la calificación más negativa fue Relación Social. El artículo con la creencia más positiva estaba relacionado con la sabiduría. Se concluyó que se requiere educación continua para los médicos que trabajan en APS, centrados en diferentes aspectos del envejecimiento, incluido el psicosocial, así como la adopción de creencias positivas relacionadas con los ancianos.*

**Palabras clave:** *Médicos de atención primaria; Viejo hombre; Capacitación profesional.*

## **Introdução**

Na atualidade, ocorre profunda mudança na estrutura etária da população mundial, caracterizada por acentuada longevidade. No Brasil, em 2010, indivíduos com 60 ou mais anos de idade constituíam 10,7% da população, enquanto, em 2040, a estimativa é que agruparão 23,7% da mesma (Kalache, 2008). Entre os idosos, destaca-se o aumento do número de indivíduos com 80 ou

mais anos, sendo essa a faixa etária com maior crescimento, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento (WHO, 2005).

O envelhecimento populacional é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das maiores vitórias da humanidade no último século. Entretanto, o suporte para essa nova condição não evoluiu com a mesma velocidade, trazendo desafios para o Estado, sobretudo no que tange às demandas para o sistema de saúde. Diante disso, o novo perfil populacional precisa de elaboração e execução de políticas e programas adequados que promovam o envelhecimento digno e contemple as necessidades dos indivíduos longevos (Berzins, 2003).

Os idosos são usuários dos serviços de saúde em taxas mais altas do que os dos demais grupos etários, sendo esta demanda motivada por presença de número mais elevado de doenças crônicas do que de doenças não crônicas, 28,9% e 8,1%, respectivamente (Veras, 2003). No Brasil, 85% dos idosos são portadores de pelo menos uma doença crônica, e 5 a 10% têm cinco ou mais enfermidades (Silvestre, & Costa, 2003). Em idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS), Lopes e Oliveira (2004) encontraram 75% com três ou mais doenças crônicas e, como consequência, utilizando grande quantidade de medicamentos. Os autores relataram que cerca de 40% dos idosos com 65 anos ou mais necessitam de auxílio para realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária, enquanto 10% requerem ajuda para realizar as atividades básicas. Assim sendo, os cuidados para a pessoa idosa devem visar à manutenção de sua funcionalidade e autonomia, junto a seus familiares e à comunidade.

Considerando-se os vários determinantes de saúde (social, cultural, comportamental, ambiental e genético), a APS é a instância apropriada para promoção da saúde e resolução da maioria das queixas dos idosos, sendo que aí devem ser resolvidos até 80% dos seus problemas de saúde (WHO, 2005; Brasil, 2006). Espera-se que a APS exerça ações curativas e, principalmente, de prevenção e promoção à saúde para essa população. Das equipes da APS, fazem parte os médicos de família que devem visar à humanização do atendimento, à resolutividade dos problemas de saúde, bem como à referenciação aos níveis de maior complexidade assistencial, a fim de garantir a continuidade do atendimento.

Na APS, há limitação à operacionalização adequada relacionada aos cuidados com os idosos, devido a vários fatores: formação inadequada dos profissionais, número reduzido de médicos e falta de recursos e de compreensão dos gestores sobre a própria estratégia da APS (Gonçalves, Soares, Troll, & Cyrino, 2009).

Enquanto Protti (2003), em Ribeirão Preto, São Paulo, relatou sensibilização das equipes de saúde da APS, quanto aos cuidados com os idosos, em discordância Fernandes e Ramalho (2008), em João Pessoa, Paraíba, verificaram que esses cuidados são incipientes e direcionados para a patologia, com dificuldades oriundas da falta de capacitação profissional e da falta de estrutura do programa. Dentro dessa perspectiva, surge a necessidade de preparação dos médicos para prestar cuidado a essa população de forma integral e humanitária, voltado para o idoso e sua família.

Os serviços da APS nem sempre estão preparados para atender às necessidades dos idosos, por meio da promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde. Pedrosa e Teles (2001) mostraram que os médicos da APS são norteados pelos pressupostos do modelo hegemônico de prestação de serviços voltados para a medicina curativa. Santos, Giacomini e Firmo (2014) também relataram que, na APS, se repete a centralidade do modelo médico-medicamento-procedimento, que cuida da doença e não do doente, compreendendo a velhice como doença e os agravos como coisas da idade. Estudo realizado em Goiânia, Goiás, apontou para a necessidade de preparar os profissionais para atuarem na promoção à saúde, na prevenção de agravos, no tratamento e na reabilitação de doenças, em especial as crônico-degenerativas (Araujo, Nakatai, Silva, & Bachio, 2003). Portanto, há necessidade da formação de Médicos de Família e Comunidade, capacitados para atuar na APS, sendo este um dos grandes desafios para sua consolidação com qualidade. Segundo Gonçalves, *et al.* (2009), os profissionais que optaram por trabalhar na APS relataram pouco destaque e preparação, na graduação, para a atividade de cuidar de idosos, apontando também a falta de apoio e a vontade política necessárias ao êxito do programa.

Diversas escolas médicas brasileiras reformaram o ensino, com a perspectiva de construção de novo paradigma, buscando responder à necessidade de mudanças nas relações entre prática médica, organização da assistência da saúde e comunicação entre médicos e pacientes (Cabral Filho, & Ribeiro, 2004). Assim, as escolas médicas do país buscam vivenciar processo de transformação na direção de ensino que valorize a equidade e a qualidade da assistência, assim como a eficiência e a relevância do trabalho em saúde, apontando a importância da integração ensino-serviço (Cyrino, & Rizzato, 2004). Entretanto, nos currículos dos cursos de graduação em medicina, é ainda pequena a expressão da Geriatria e Gerontologia, já que é escasso o valor social conferido aos idosos na sociedade. Motta, Aguiar e Caldas (2011), no estado do Rio de Janeiro, concluíram que é necessário aumentar a oferta dos conteúdos de geriatria e gerontologia nos cursos de graduação. Motta, Caldas e Assis (2008) haviam afirmado que uma melhor formação dos médicos da APS desenvolveria competências que permitiriam melhor resolubilidade dos problemas

de saúde dos idosos, sendo o conhecimento e a compreensão das alterações relacionadas ao envelhecimento fundamentais para a implementação do cuidado individualizado aos mesmos.

A atenção à saúde dos idosos está inserida nos cursos de especialização em Saúde da Família, com a abordagem idealmente proposta para esse grupo etário, sempre no contexto familiar e social. Além disso, os médicos que trabalham na APS devem cursar a residência em Saúde da Família, que é o padrão-ouro para essa formação, sendo ensinados na mesma os cuidados centrados na pessoa e na comunidade, favorecendo a compreensão ampliada do processo saúde/doença. Como o envelhecimento não é processo homogêneo, as necessidades e as demandas dos idosos variam, sendo preciso contemplar a atenção aos idosos saudáveis, assim como atender àqueles com diferentes graus de incapacidade, inclusive nos domicílios (Pinho, Garcia, & Nogueira-Martins, 2017). Para que essa nova prática se concretize, é necessário a presença de médico com visão sistêmica e integral do indivíduo idoso, de sua família e comunidade, capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante prática humanizada, competente e resolutiva.

Quanto ao processo de formação das crenças dos médicos da APS relacionadas ao envelhecimento, destaca-se que estas estão funcionalmente integradas às atitudes e aos valores, sendo alteradas quando qualquer parte desse sistema sofre alguma modificação, incluindo mudança comportamental (Kruger, 1995). Uma determinada crença com relação aos idosos, seja falsa ou verdadeira, gera uma determinada atitude em relação a esse grupo etário e, conseqüentemente, afeta a maneira como o médico presta os cuidados a esta população. Ribeiro (2007), avaliando imagens da velhice em profissionais que trabalhavam com idosos, concluiu que estas podem interferir no cuidado e apoio prestados a estes pacientes. Um dos determinantes da qualidade do atendimento aos idosos é a percepção que o profissional tem do processo de envelhecimento, sendo esta influenciada por sua trajetória de vida e suas relações familiares (Cachioni, & Aguilar, 2008). Assim, a atuação do médico não depende apenas do seu conhecimento especializado, mas também de suas crenças. Preconceitos ou estereótipos negativos interiorizados, que podem operar sem conhecimento e controle consciente do médico, levam à forma de tratamento discriminador com relação aos idosos.

As crenças relacionadas aos idosos podem ser alteradas através de propriedades cognitivas, ou seja, influenciadas por informações e treinamentos oferecidos aos profissionais, como também através da experiência, ou seja, do contato com os idosos (Lourenço, Mota, Carvalho, Gebara, & Ronzani, 2012). Santos, Ordonez, Silva, e Cachioni (2011) relataram que um maior nível de conhecimento acadêmico leva à visão mais equilibrada em relação à velhice, concluindo os autores que a falta deste saber é a maior barreira para a transformação das atitudes e crenças dos profissionais de saúde.

Assim, a aquisição de informações, sobre o que é ser idoso na sua relação com a família e a sociedade, é fator que possibilita a mudança de crenças e, por conseguinte, de atitudes. Considera-se que a promoção de cursos de capacitação para os médicos da APS de forma continuada, de acordo com as necessidades da população idosa, possibilita tanto o aperfeiçoamento de práticas quanto as mudanças de crenças disfuncionais.

Devido à inserção da APS em cenários complexos e diversificados, permeados por interesses políticos, econômicos e sociais, algumas de suas potencialidades podem ter sido minimizadas, o que tem trazido questionamentos quanto à sua credibilidade como organizadora dos serviços e ações de saúde. Diante dessa perspectiva, é necessário avaliar a APS, com detecção de áreas passíveis de mudanças, com vistas a seu futuro aperfeiçoamento. O objetivo da pesquisa atual é avaliar os médicos de família que atuam na APS de \_\_, estado de \_\_, visando a verificar o seu treinamento profissional na área do envelhecimento, os conhecimentos básicos sobre a velhice e as crenças relacionadas aos idosos.

## **Material e Método**

Trata-se de estudo transversal, mediante abordagem quantitativa, com os médicos das equipes da APS de Anápolis, Goiás, Brasil. A população estimada do município é de cerca de 325.000 habitantes, sendo o segundo maior do estado. A APS está estruturada em 53 equipes de Saúde da Família, assistindo aproximadamente 30% da população.

O presente estudo abordou todos os médicos da APS do município, em número de 53. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicando-se os objetivos e os procedimentos da pesquisa, de forma clara, a fim de que os médicos decidissem voluntariamente se participariam do estudo. Dos 53 profissionais, dois (3,8%) recusaram-se a tomar parte da pesquisa, um (1,9%) estava licenciado durante o período da coleta de dados, e um (1,9%) não foi encontrado após várias tentativas. Portanto, foram estudados 49 médicos da APS. Os dados foram coletados nas Unidades de Saúde da Família de Anápolis, Goiás, no horário regular de trabalho desses profissionais.

Os instrumentos utilizados foram três questionários. No primeiro, colhidos os seguintes dados sociodemográficos e de formação acadêmica na área do envelhecimento: idade, sexo, ano de graduação, metodologia do curso, se cursada a disciplina geriatria/gerontologia na graduação, se fez residência médica ou especialização (em qualquer área), tempo de atuação na APS, experiência

anterior com idosos, curso de gerontologia/geriatria ou de pesquisa nessa área nos últimos cinco anos, leitura de artigos sobre velhice nos últimos dois anos e se mora com idosos.

A seguir, avaliaram-se os conhecimentos básicos sobre a velhice, empregando o Questionário Palmore-Neri-Cachioni, traduzido e adaptado do *Palmore's Facts on Aging Quis* (Palmore, 1977), validado no Brasil por Cachioni (2002), no qual, após consulta à professora Neri, um dos autores da versão adaptada, foram modificados quatro itens deste questionário levando-se em conta a realidade atual brasileira.

O questionário Palmore-Neri-Cachioni contém 25 itens de múltipla escolha (com quatro opções), cobrindo os domínios físico, cognitivo, psicológico e social dos idosos. No domínio físico, são feitas seis perguntas relacionadas ao envelhecimento englobando: sentidos; capacidade pulmonar; força física; acidentes automobilísticos; velocidade de reação; e acidentes de trabalho. No domínio psicológico, investigam-se seis temas: satisfação com a vida; flexibilidade para adaptar-se a mudanças; emotividade; depressão; irritabilidade; e religiosidade. No domínio cognitivo, feitas duas interrogações: proporção de idosos com demência e capacidade de aprender. No domínio social, interpela-se por meio de sete questões: projeção do número de idosos no Brasil em 2020; proporção que reside em asilos/casas de repouso; proporção dos que vivem sozinhos; se a política Nacional de Saúde do Idoso prioriza a saúde do idoso; se a maioria é produtiva, aposentada ou economicamente ativa; qual o rendimento mensal; e como estarão as próximas gerações quanto à educação. Nos domínios compostos, são feitas quatro perguntas: eficiência no trabalho (domínio físico/cognitivo), atividade sexual (domínio físico/psicológico), valorização das amizades (domínio psicológico/social) e proporção de idosos que se mantém ativa (domínio psicológico/social/físico).

No terceiro questionário, para a avaliação das crenças relacionadas aos idosos, foi utilizada a Escala Neri (Neri, 1991). Trata-se de escala diferencial semântica, contendo 30 itens, cada um deles ancorado por par de adjetivos (positivo/negativo). A intensidade da resposta varia de um a cinco, na direção de um dos adjetivos. Os resultados são agrupados em três níveis: positivo, negativo e neutro. Os itens dos domínios da Escala Neri (categorias de atributos) são: 1. Cognição (capacidade de processamento de informação e solução de problemas): sábio-tolo, claro-confuso, preciso-impreciso, concentrado-distraído, rápido-lento, flexível-rígido, criativo-convencional, persistente-inconstante, alerta-embotado, seguro-inseguro. 2. Agência (autonomia e instrumentalidade): entusiasmado-deprimido, saudável-doentio, ativo-passivo, esperançoso-desperado, independente-dependente, produtivo-improdutivo. 3. Relacionamento Social (aspectos afetivos e motivacionais): construtivo-destrutivo, bem-mal-humorado, confiante-desconfiado, cordial-hostil, interessado-desinteressado, generoso-mesquinho, condescendente-crítico. 4. Persona (alusivos à imagem

social): aceito-rejeitado, integrado-isolado, atualizado-ultrapassado, valorizado-desvalorizado, agradável-desagradável, progressista-retrógrado, sociável-introvertido.

A avaliação dos resultados foi realizada em duas etapas. Na primeira, foi feita a análise estatística descritiva univariada, com descrição das frequências das variáveis categóricas (dados profissionais), identificação dos conhecimentos básicos através dos índices de acertos por questão do Questionário Palmore-Neri-Cachioni (Palmore, 1977; Cachioni, 2002) e caracterização das crenças em termos de intensidade e direção, considerando os quatro domínios avaliados na escala Neri (1991). Na segunda etapa, identificaram-se as relações entre variáveis profissionais e conhecimentos básicos sobre a velhice, assim como crenças relacionadas aos idosos.

A tabulação dos dados foi feita no programa Microsoft Excel 2007 e a análise estatística no programa SPSS® for Windows, versão 16.0. Nas comparações realizadas no segundo momento, foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Nos dois momentos, foi estabelecido, como nível de significância,  $p \leq 0,05$ .

A pesquisa foi realizada após autorização dos gestores de saúde locais e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Brasília, em 30/10/2015, sob o número 1303649.

## Resultados

Dos 49 médicos da APS estudados, 57,1% eram do sexo feminino, 63,2% tinham idade inferior a 30 anos, e 65,3% tinham-se graduado há menos de cinco anos. Entre eles, 71,4% estudaram em faculdades de medicina com metodologia tradicional, sendo que 22,4% não cursaram a disciplina Geriatria/Gerontologia na graduação. Quanto à especialização (não se focou especificamente na área de geriatria/gerontologia), encontrou-se baixo índice (28,6%). A grande maioria (91,8%) não fez Residência Médica (em qualquer área). Enquanto 38,8% tinham participado de curso de Geriatria/Gerontologia nos últimos cinco anos, apenas 10,2% tinham feito pesquisa nesta área neste mesmo período. Entre eles, somente 59,2% tinham lido artigo sobre envelhecimento nos últimos dois anos. A maioria dos médicos (75,5%) afirmou não ter tido experiência anterior trabalhando com idosos antes da APS e 22,4% moravam com idosos (Tabela 1).

TABELA 1: Perfil profissional dos 49 médicos da APS, Anápolis, Goiás, 2015

VARIÁVEIS		CATEGORIA	%
SEXO		MASC.	42,9
		FEM.	57,1
IDADE		ATÉ 30 ANOS	63,2
		31-59 ANOS	32,7
		ACIMA 60 ANOS	4,1
ANO DE GRADUAÇÃO		ATÉ 2000	8,2
		DE 2001-2005	8,2
		DE 2006-2010	18,4
		DE 2011-2015	65,3
METODOLOGIA CURSO DE MEDICINA		ATIVA	28,6
		TRADICIONAL	71,4
TEVE A DISCIPLINA GERIATRIA/GERONTOLOGIA NA GRADUAÇÃO?		SIM	77,6
		NÃO	22,4
FEZ RESIDÊNCIA MÉDICA?		SIM	8,2
		NÃO	91,8
TEM ALGUMA ESPECIALIZAÇÃO?		SIM	28,6
		NÃO	71,4
TEMPO DE ATUAÇÃO NA APS		MENOS DE 1 ANO	30,6
		DE 1 A 5 ANOS	49,0
		DE 6 A 9 ANOS	10,2
		MAIS DE 10 ANOS	10,2
EXPERIÊNCIA TRABALHO IDOSOS ANTES APS		SIM	24,5
		NÃO	75,5
CURSO DE GERONTOLOGIA/GERIATRIA NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS?		SIM	38,8
		NÃO	61,2
PESQUISA EM GERIATRIA/GERONTOLOGIA NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS?		SIM	10,2
		NÃO	89,8
LEU ALGUM ARTIGO SOBRE VELHICE NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS?		SIM	59,2
		NÃO	40,8
MORA COM IDOSO?		SIM	22,4
		NÃO	77,6

Na Tabela 2, tem-se as porcentagens de acertos por domínio no questionário de conhecimentos básicos de Palmore-Neri-Cachioni (Palmore, 1977; Cachioni, 2002). Os domínios com maior número de acertos foram o cognitivo (64,3%) e o físico (63,6%), enquanto o domínio com menor número de acertos foi o social (33,8%).

Verificou-se que os maiores números de acertos, 91,8% e 83,7%, surgiram, respectivamente, nas questões 6 e 14, que tratam dos aspectos físicos do envelhecimento. A questão 3, que também obteve 83,7% de acertos, investiga o domínio físico/psicológico. A questão 17, que recebeu o menor número de acertos, apenas 6,1%, aborda a proporção de pessoas idosas que vivem sozinhas, portanto, o aspecto social do envelhecimento. As questões 16 e 24, que tratam de aspectos psicológicos do envelhecimento, tiveram menos de 20% de acertos (18,4% e 16,3%, respectivamente) (Tabela 2).

Tabela 2. Porcentagem de acertos por domínio no questionário de conhecimentos básicos de Palmore-Neri-Cachioni, em 49 médicos da APS, Anápolis, Goiás, 2015

Domínios	Questões	% acertos	Média
cognitivo	1	61,2	
	12	67,3	64,3
físico	2	51,0	
	4	55,1	
	6	91,8	
	8	69,4	
	14	83,7	
	18	30,6	63,6
psicológico	5	20,4	
	11	49,0	
	13	71,4	
	16	18,4	
	23	73,5	
	24	16,3	41,5
social	7	22,4	
	17	6,1	
	19	24,5	
	20	79,6	
	21	26,5	
	22	42,9	
Combinado	25	34,7	33,8
	3	83,7	
	9	65,3	
	10	30,6	
	15	67,3	61,7

Relacionando-se as porcentagens de acertos no questionário Palmore-Neri-Cachioni com o perfil profissional dos médicos estudados, surgiram diferenças significativas somente no domínio psicológico, nas variáveis sexo e tempo de atuação na APS. Os profissionais do sexo feminino obtiveram porcentagens de acertos significativamente maiores neste domínio ( $4,68 \pm 0,94$ ) do que os do sexo masculino ( $3,81 \pm 1,33$ ) ( $p = 0,013$ ). Os médicos com mais de 10 anos de atuação na APS obtiveram porcentagens de acertos significativamente menores no domínio psicológico ( $3,20 \pm 0,84$ ) do que aqueles com menos de 10 anos de atuação ( $4,67 \pm 0,98$  com menos de um ano,  $4,17 \pm 1,24$  de um a cinco anos, e  $5,00 \pm 1,22$  de 6 a 9 anos) ( $p = 0,044$ ).

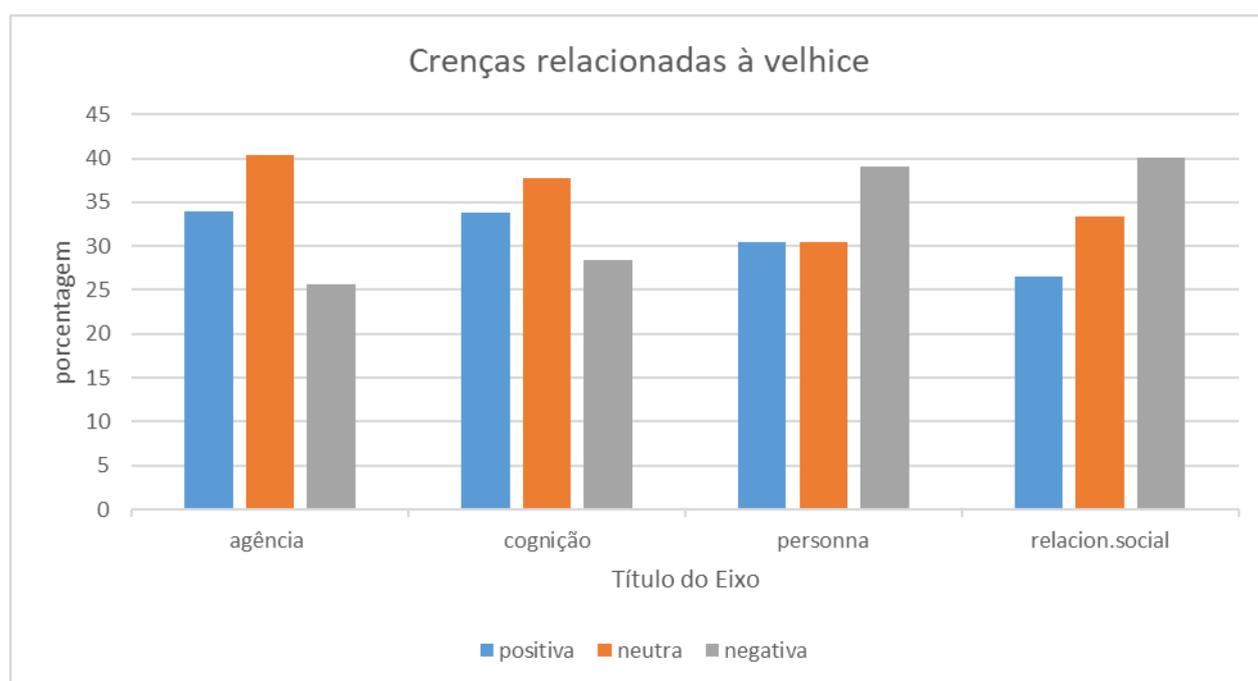


Figura 1. Distribuição das respostas agrupadas por domínio na Escala de Crenças relacionadas à Velhice em 49 médicos da APS, Anápolis, Goiás, 2015

Na Figura 1 mostra-se a distribuição das respostas positivas, neutras e negativas na Escala de Crenças Relacionadas à Velhice, agrupadas por domínios. A tendência geral das respostas nessa Escala foi negativa, o que foi observado com as médias altas. O domínio com avaliação mais positiva foi Agência e o com avaliação mais negativa foi Relacionamento Social. O item com crença mais positiva foi o relacionado à sabedoria.

Quando comparados os resultados obtidos na Escala de Crenças com o sexo dos médicos da APS, não foram encontradas diferenças significativas em nenhum dos domínios, embora se tenha observado ligeira tendência a crenças mais positivas em relação à velhice nos homens.

Em nenhuma das outras variáveis estudadas, sejam as sociodemográficas ou as de formação profissional, encontraram-se diferenças significativas nos diferentes domínios. No item no qual foi interrogado se morava com idosos, observou-se ligeira tendência a crenças mais negativas naqueles que coabitavam com os mesmos, embora sem diferença significativa.

## Discussão

A pesquisa atual mostrou que, na APS de Anápolis, Goiás, responsável pelo acompanhamento da maior parte dos idosos deste município, estão inseridos na maioria médicos jovens, com idade inferior a 30 anos e com menos de cinco anos de formados. Esses profissionais atuam há pouco tempo na APS, exibindo pouca experiência anterior de trabalho com idosos e, como consequência, provavelmente menor envolvimento com a comunidade nessa faixa etária.

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em 10 centros urbanos brasileiros, mostrou nos médicos da APS um perfil etário semelhante, com predomínio daqueles com idade inferior a 30 anos (Brasil, 2007). No entanto, estudos regionais mais recentes têm exibido resultados divergentes. Pesquisa realizada com 76 médicos em 10 municípios da região metropolitana de Recife, estado de Pernambuco, demonstrou alta concentração (76,3%) de profissionais com idade acima de 40 anos, embora 34,2% apresentassem menos de dois anos de tempo de serviço na APS (Guarda, Tavares, & Silva, 2012). Da mesma forma, investigação com 41 médicos, em 15 municípios do Paraná, revelou 62,7% deles com mais de 40 anos de idade, sendo 23,5% recém-contratados (Santini, Jedliczka, Nunes, & Bortoletto, 2010). Por sua vez, Canesqui e Spinelli (2006), estudando 120 médicos de Mato Grosso, encontraram idade mediana de 36 anos, sendo que 32,8% deles tinham participado anteriormente de outras equipes da APS o que, de um lado, significa acúmulo de experiência no programa e, de outro, alta rotatividade, comprometendo a vinculação dos profissionais às famílias e à comunidade.

Em alguns dos estudos citados, a concentração de profissionais mais maduros, provavelmente, não refletiu forma de contratação estável dos médicos, já que a maioria estava atuando há menos de dois anos na APS (Santini, Jedliczka, Nunes, & Bortoletto, 2010; Canesqui, & Spinelli, 2006). Em Anápolis, município do estado de Goiás, analisado na pesquisa atual, a contratação na APS é feita com renovação anual dos contratos, sem direitos trabalhistas ou estabilidade. Como resultado, tem-se a alta rotatividade dos médicos, pois 79,6% deles estão no programa há menos de cinco anos e 30,6% há menos de um ano.

Silvério (2008) relatou alta rotatividade dos médicos da APS em municípios e microrregiões de Minas Gerais. Gonçalves, Soares, Troll, & Cyrino (2009) também encontraram alta rotatividade entre os médicos na APS de Botucatu. Além disso, constataram que, no seu processo seletivo, não foi exigida residência médica em Medicina Geral e Comunitária ou em Medicina de Família e Comunidade. Esses médicos foram contratados por ONG, formando quadro profissional paralelo à rede de serviço municipal. Portanto, essa rotatividade, recorrente no país, alimenta-se, em grande parte, da precariedade dos vínculos empregatícios na APS (Guglielmi, 2006).

Em estudo de revisão, Menezes, Scherer, Duarte, Verdi e Pires (2017) concluíram que, entre os elementos de trabalho para produzir um cuidado com confiança e habilidade, para responder às demandas de saúde dos idosos, estão: experiência profissional; vínculo com o usuário e com a comunidade; e conhecimento da realidade local. O acesso adequado a esses itens demanda período de tempo prolongado de convivência, o que não está ocorrendo, por exemplo, em Anápolis, GO, devido à alta rotatividade dos médicos na APS. A população idosa está sendo prejudicada com essa rotatividade, uma vez que, sem a criação de vínculo afetivo, as pessoas deixam de fazer acompanhamento regular e se perpetua a cultura dos atendimentos eventuais.

Os médicos que optam por trabalhar na APS frequentemente evidenciam insatisfação profissional, devido à sobrecarga de trabalho, reclamando do excesso de pacientes atendidos e da falta de respaldo, tanto do setor secundário para encaminhamento dos casos mais graves, quanto das instâncias governamentais que inflam o programa, destinando poucos profissionais para trabalhar em áreas de grande abrangência (Gonçalves, Soares, Troll, & Cyrino, 2009). Também se sentem desestimulados a permanecer no programa devido ao limitado reconhecimento do seu trabalho por parte da população e de outros médicos. Outro empecilho apontado é a falta de retorno financeiro, com remuneração considerada baixa para a dedicação exclusiva demandada pelo serviço (Motta, Aguiar, & Caldas, 2011).

A população idosa demanda elaboração de propostas e desenvolvimento de ações, visando à promoção, prevenção, cura e reabilitação das condições de saúde. Entretanto, a atual conformação da equipe da APS não é suficiente para executar essas ações, havendo necessidade de que outros profissionais compoñam a equipe profissional, como psicólogo, fisioterapeuta, dentista, fonoaudiólogo, educador físico, nutricionista e terapeuta ocupacional, entre outros (Marin, *et al.*, 2008). Além disso, na perspectiva de atendimento integral à saúde do idoso, é preciso despertar outros setores da sociedade, como os da educação, lazer, esporte e transporte (Marin, *et al.*, 2008). Para atender bem os idosos na APS, o médico necessita de colaboração interprofissional, possibilitando um modelo de cuidados à saúde mais efetivo, eficiente e equitativo.

No estudo atual, 77,8% dos médicos da APS cursaram a disciplina Geriatria e Gerontologia, na graduação. Esse dado reflete a mudança nos currículos de graduação dos médicos com maior inserção dessa disciplina, conforme proposto pela *American Geriatric Society* (Keller, Makipaa, Kalenscher, & Kalache, 2002), já que anteriormente não havia essa disciplina na graduação de medicina. Entretanto, estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde em diversos países concluiu que a inserção da geriatria no currículo médico ainda não é prioridade, mesmo naqueles países com rápido processo de envelhecimento populacional (Counsell, Levine, & Nichols, 2001).

Motta, Aguiar e Caldas (2011) concluíram que os médicos terminam a graduação sem adquirirem competências mínimas para o acompanhamento adequado dos idosos. Esta experiência ainda está longe de ser alcançada, como demonstra a pesquisa atual, na qual a maioria dos entrevistados (75,5%) afirmou não ter tido experiência anterior com idosos antes do trabalho na APS. Assim, esses médicos obtiveram pouca habilidade técnica no seu curso de graduação para o efetivo cuidado com os idosos. Mesmo a maioria tendo cursado a disciplina de Geriatria e Gerontologia, apenas 38,2% e 10,2%, respectivamente, participaram de curso ou pesquisa nessa área, nos últimos cinco anos. Assim, é possível que, como os conceitos de Geriatria e Gerontologia apresentam pouco peso na formação dos médicos, este fato coloque desafios extras para a especialização e o interesse pela área. Esses dados justificam o mau desempenho desses médicos, quando avaliados seus conhecimentos relacionados à velhice.

No estudo atual, um baixo índice de médicos havia realizado qualquer tipo de especialização (28,6%), seja focada ou não na área do envelhecimento. Somente 8,2% deles tinham realizado residência médica em qualquer especialidade. Este resultado difere do descrito em outros estudos, como o de Guarda, Tavares e Silva (2012), que exibiu 86,8% dos médicos com algum curso de pós-graduação, e o de Ferrari, Thomson e Melchior (2005), que encontraram mais de 74% deles com especialização. Em discordância, Canesqui e Spinelli (2006) mostraram que a residência médica e os cursos de especialização foram concluídos apenas por 27% e 40% dos médicos da APS, respectivamente.

No estudo atual, a baixa taxa de respostas corretas no questionário de conhecimentos básicos sobre a velhice está em concordância com o relatado por Fitzgerald, Wray, Halter, Williams e Supiano (2003), na Universidade de Michigan, usando instrumento que originou o questionário Palmore-Neri-Cachioni (Palmore, 1977; Cachioni, 2002). No estudo atual, nesse questionário foi evidenciado maior índice de acertos nos aspectos físico e cognitivo do envelhecimento, com baixo índice de acertos nos aspectos psicológico e social. Relacionando-se os conhecimentos básicos com as variáveis sexo e tempo de atuação na APS, em ambos se encontrou diferença significativa apenas

no domínio psicológico. Neste domínio, os profissionais do sexo feminino obtiveram índice de acertos significativamente maior do que os do sexo masculino, o que pode ser resultado da maior tendência feminina de se preocupar com os aspectos psicológicos dos idosos. Os profissionais com mais de 10 anos de atuação tiveram índice de acertos significativamente menor do que aqueles com menos de 10 anos, o que pode resultar de maior inserção da disciplina Geriatria e Gerontologia nos cursos de graduação de medicina nos últimos anos. Outra possibilidade é que os profissionais não se atualizem, por se sentirem desmotivados com as atividades que executam.

Outras pesquisas utilizando este mesmo questionário (Palmore, 1977; Cachioni, 2002) encontraram resultados semelhantes aos do estudo atual, mostrando maior número de acertos no aspecto físico do envelhecimento, menor no aspecto psicológico e, ainda menor, no aspecto social (Cachioni, 2002; Holtzman, Beck, & Ettinger, 1998). Cachioni (2002) observou que os domínios físico e cognitivo foram os mais conhecidos e os domínios psicológico e social os menos. Calvano (1991) também mostrou maior número de acertos no aspecto físico, assim como Shoemaker, Bowman e Lester (como citados por Holtzman, Beck, & Ettinger, 1998). Estes resultados refletem a formação biologicista do médico no país, com ênfase nos aspectos físico e cognitivo do envelhecimento e menor abordagem psicológica e social. Infelizmente, o modelo biomédico atual ainda secundariza os aspectos sociais, econômicos e subjetivos na determinação do processo saúde-doença. A cultura vigente confere ao profissional uma prática que cuida da doença e não do doente, transformando o sujeito idoso em uma categoria nosológica.

Holtzman, Beck e Ettinger (1998) verificaram melhor desempenho nos conhecimentos gerontológicos em sujeitos participando de formação complementar na área e com maior contato profissional com idosos. Abordagem teórica sobre tópicos do envelhecimento e treinamento em saúde do idoso resultaram em maior taxa de respostas corretas no questionário aplicado a estudantes de diferentes áreas da saúde. Cachioni (2002) também encontrou pontuação mais alta naqueles com cursos de especialização que participaram em grupos de estudo de Gerontologia e que trabalharam mais tempo com idosos. É condição fundamental para o cuidar do idoso, a produção de relações e vínculos entre o paciente e o médico, criando uma relação de ajuda-confiança (Silva, Alvin, & Figueiredo, 2008). Os médicos da APS precisam estar capacitados para buscar aperfeiçoamento das relações sociais que se desenvolvem no dia a dia dos serviços, percebendo de maneira crítica os problemas advindos da convivência humana (Melo, *et al.*, 2009).

Atualmente, as escolas médicas vivenciam um processo de transformação, apontando a importância da integração ensino-serviço (Brasil, 2001).

Durante a graduação, os estudantes de medicina devem receber capacitação para exercer a profissão na APS, que os faça ter experiência prática longitudinal na rede de saúde e obter visão abrangente do sistema básico de saúde. Entretanto, Silvério (2008) encontrou perfil profissional trazido da graduação, pelos médicos da APS, muitas vezes inadequado para a Atenção Primária. Assim, é importante que os estudantes de medicina sejam inseridos na APS em seu processo de formação, com visitas domiciliares que contribuam para a reflexão sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, ampliando o raciocínio clínico e contribuindo para a compreensão e a resolução dos problemas da comunidade (Massote, Belisário, & Gontijo, 2011; Romanholi, & Cyrino, 2012).

O estudo atual evidenciou que a capacitação dos médicos da APS é insuficiente para a atenção adequada à saúde dos idosos, sendo necessário investir no desenvolvimento de competências para lidar com o desafio do envelhecimento, que abrange prevenção, reabilitação e melhor compreensão dos determinantes socioambientais do processo saúde/doença. O médico da APS necessita de educação permanente em serviço, com realização de cursos, buscando melhor qualificação profissional (Arce, Andrei, & Sousa, 2013). A educação continuada já é oferecida com bons resultados aos médicos de família em algumas regiões do Brasil (D'Ávila, Assis, Melo, & Brant, 2014). Em Minas Gerais, as equipes da APS articulam estratégias educacionais para a aprendizagem com programa implementado em parceria com escolas de medicina locais (Silvério, 2008).

O curso de educação continuada para os médicos da APS deve ter a maior parte de sua carga horária com atividades em serviço, incorporando novos conhecimentos, habilidades e práticas. Deve também haver padronização dos procedimentos e ações de saúde em todas as unidades, com implantação de prontuários eletrônicos e com avaliação mensal dos resultados dos indicadores clínicos (Calvano, 1991). Outra possível ferramenta seria criar um livro-guia, no qual figuraria revisão bibliográfica sobre o processo de envelhecimento, fluxograma para manejo ideal dos idosos e sumário das atividades acessíveis na área (Ferreira, *et al.*, 2009). Poder-se-ia também utilizar serviços de teleconsultoria e telediagnóstico em Geriatria e Gerontologia, a fim de dirimir dúvidas dos médicos, que seriam respondidas por especialistas da área de cada um dos questionamentos (Marcolino, Alkmim, Assis, Sousa, & Ribeiro, 2014).

No estudo atual, a escala de crenças relacionadas aos idosos mostrou tendência geral negativa, sendo a crença mais positiva aquela referida como sabedoria, o que reflete o pensamento da sociedade que tende a rotular o idoso como sábio. Mais atitudes positivas foram encontradas no conceito de ser sábio e no domínio de relações sociais, principalmente nos aspectos afetivos.

Estes achados são concordantes com os de Cachioni e Aguilar (2008) que, estudando professores de Universidade da Terceira Idade, mostrou mais atitudes positivas relacionadas aos idosos no domínio das relações sociais. Estas mesmas autoras encontraram crenças relacionadas ao idosos mais negativas em profissionais com especialização na área de gerontologia e naqueles que tinham experiência anterior com idosos. Os estudantes de medicina tiveram crenças mais positivas (Fitzgerald, *et al.*, 2003), enquanto os médicos de família que lidam diariamente com idosos mostraram tendência a crenças mais negativas (Orlandin, 2017). Provavelmente, aqueles melhor informados percebem os idosos de maneira mais realista, baseados em critérios científicos. No estudo atual, não foram encontradas diferenças significativas nas crenças relacionando-se com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos médicos. Cachioni e Aguilar (2008) também não observaram relação entre itens dessa escala e as variáveis sexo e idade.

Entre os médicos da APS, encontrou-se, em concordância com Moraes (2012), um olhar estereotipado carregado de negativismo para as questões de saúde na velhice, favorecendo equivocadamente a naturalização das doenças na velhice e a compreensão dessa etapa da vida. Além disso, essas crenças reforçam códigos da cultura aceitos e presentes nas representações sobre corpo e saúde dos idosos, a partir de estereótipos negativos em torno da díade indissolúvel velhice/doença, que reconhece a incapacidade como companheira inexorável da velhice (Uchoa, Firmo, Lima-Costa, & Corin, 2011). Crenças em relação aos idosos dependem da heterogeneidade das experiências em relação à velhice e do acesso às informações sobre envelhecimento, os quais determinam desenvolvimento de visões distintas sobre os idosos. Portanto, durante a formação médica, há necessidade de maior envolvimento com os pacientes idosos, com abordagens psicológica e social, para que os médicos adquiram, além de conhecimentos e habilidades, uma atitude mais positiva com relação a esta população.

Na APS, Fernandes, Pavarini, Barham, Mendiondo e Lucchesi (2010) encontraram conceitos predominantemente negativos sobre idosos, associados à idade cronológica, declínio da saúde, perda de autonomia e fardo à família. Atitudes negativas sobre idosos também foram descritas por Neri (2007), associadas com doença, dependência e rejeição. Levy, Ashman e Dror (1999-2000), explorando o impacto dos estereótipos na visão da vida e morte, revelaram que os idosos mostraram estereótipos negativos, enfraquecendo seu desejo de viver. Atualmente, esses estereótipos negativos persistem em nosso meio, reforçando a discriminação contra os idosos.

O estudo atual limitou-se ao município de Anápolis, Goiás, não se podendo extrapolar os achados obtidos às demais regiões geográficas do país.

Ademais, foram estudados exclusivamente os médicos, não se focando nos demais profissionais da saúde que cuidam dos idosos na APS, o que, com a categorização dos problemas por ocupação, possibilitaria ações no âmbito específico das profissões.

Diante dos resultados apresentados, conclui-se que os médicos que cuidam dos idosos na APS de Anápolis, Goiás, carecem de formação adequada na área geriátrica e gerontológica, apresentando lacunas no seu conhecimento, o que leva à necessidade crucial de treinamento. Para superar as fraquezas observadas no estudo atual, é necessária educação continuada desses profissionais focada nos diferentes aspectos do envelhecimento com ênfase nos problemas psicossociais, assim como mudança nas crenças relacionadas à velhice. Há necessidade de vontade política para aplicação de ações com planejamento em médio e longo prazo que atendam à relevância social, efetivamente contribuindo para melhorar a saúde da população idosa brasileira.

## Referências

- Araujo, M. A. S., Nakatani, A. Y. K., Silva, L. B. S., & Bachio, M. M. (2003). Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia. *Rev UFG*, 5(2), 19-22. Recuperado em 01 março, 2018, de: <https://www.revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/49770>.
- Arce, R., Andrei, V., & Sousa, M. F. (2013). Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de saúde da família do DF. *Saúde Soc*, 22(1), 109-124. Recuperado em 01março, 2019, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000100011>.
- Berzins, M. A. V. S. (2003). Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. São Paulo, SP: *Rev Serviço Social*, 75, 19-34.
- Brasil. (2001). Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES n.º 4, de 7 de novembro de 2001: Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Brasília, DF.
- Brasil. (2006). *Portaria n.º 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 20 de outubro de 2006, seção 01, p. 142.
- Brasil. (2007). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. (4ª ed.). Brasília, DF.
- Cabral Filho, W. R., & Ribeiro, V. M. B. (2004). A escolha precoce da especialidade pelo estudante de medicina: um desafio para a educação médica. *Rev Bras Educ Med.*, 28(2), 133-144.
- Cachioni, M. (2002). *Formação profissional, motivos e crenças relativas à velhice e ao desenvolvimento pessoal entre professores da universidade da terceira idade*. Tese de doutorado em Educação. Concentração em Gerontologia. São Paulo, SP: Universidade Estadual de Campinas. (276f.). Recuperado em 01 março, 2019, de: [http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/253643/1/Cachioni\\_Meire\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/253643/1/Cachioni_Meire_D.pdf).
- Cachioni, M., & Aguilar, L. (2008). Crenças em relação à velhice entre alunos da graduação, funcionários e coordenadores professores envolvidos com as demandas da velhice em universidades brasileiras. *Revista Kairós-Gerontologia*, 11(2), 95-119. Print ISSN 1516-2567. ISSN 2176-901X. Recuperado em 01 março, 2018, de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2395>.

- Calvano, S. (1991). A Project to teach basic nursing skills to caregivers of elders. *Gerontol Geriatr Educ, 11*(4), 77-88. Recuperado em 01 março, 2018, de: [https://doi.org/10.1300/J021v11n04\\_07](https://doi.org/10.1300/J021v11n04_07).
- Canesqui, A. M., & Spinelli, M. A. D. S. (2006). Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad Saúde Pública, 22*(9), 1881-1892. Recuperado em 01 março, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900019>.
- Counsell, S., Levine, S., & Nichols, D. (2001). Education in geriatric medicine: AGS Education Committee and Public Policy Advisory Group (PPAG). *JAGS, 49*(2), 223-224. Recuperado em 01 março, 2018, de: <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49997.x>.
- Cyrino, E. G., & Rizzato, A. B. P. (2004). Contribuição à mudança curricular na graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. *Rev Bras Saúde Mater Infantil, 4*(1), 59-69. Recuperado em 01 março, 2018, de: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/13147/S1519-38292004000100006.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- D'Ávila, L. S., Assis, L. N., Melo, M. B., & Brant, L. C. (2014). Adesão ao programa de educação permanente para médicos de família de um estado da região sudeste do Brasil. *Ciênc Saúde Colet., 19*(2), 401-416. Recuperado em 01 março, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.01162013>.
- Fernandes, H. C. L., Pavarini, S. C. I., Barham, E. J., Mendiondo, M. S. Z., & Lucchesi, B. M. (2010). Envelhecimento e demência: o que sabem os agentes comunitários de saúde? *Rev Esc Enferm USP, 44*(3), 782-788. Recuperado em 01 março, 2019, de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/33.pdf>.
- Fernandes, M. G. M., & Ramalho, R. R. L. (2008). O cuidado com o idoso no Programa Saúde da Família. *Rev Bras Ciências Saúde, 10*(3), 253-262. Recuperado em 01 março, 2018, de: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/3474>.
- Ferrari, R. A. P., Thomson, Z., & Melchior, R. (2005). Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, PR: *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, 26*(2), 101-108. Recuperado em 01 março, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2005v26n2p101>.
- Ferreira, A. B., Minanni, C. A., Paganini, C. B. L., La Falce, T. S., Todeschini, A. B., Eras, A. E., Chekin, G., Motta, B. R., & Carneiro Junior, N. (2009). Programa de atenção particularizada ao idoso em unidades básicas de saúde. *Saúde Soc, 18*(4), 776-786. Recuperado em 01 março, 2019, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000400020>.
- Fitzgerald, J. T., Wray, L. A., Halter, J. B. H., Williams, B. C., & Supiano, M. A. (2003). Relating medical students' knowledge, attitudes, and experience to an interest in geriatric medicine. *Gerontologist, 43*(6), 849-855. Recuperado em 01 março, 2018, de: <https://doi.org/10.1093/geront/43.6.849>.
- Gonçalves, R. J., Soares, R. A., Troll, T., & Cyrino, E. G. (2009). Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev Bras Educ Med, 33*(3), 393-403. Recuperado em 01 março, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300009>.
- Guarda, F. R. B., Tavares, R. A. W., & Silva, R. N. (2012). Perfil sociodemográfico dos médicos que compõem equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saúde, 55*(81), 17-24. Recuperado em 01 março, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232012000200003>.
- Guglielmi, M. C. (2006). A política pública “Saúde da Família” e a permanência fixação do profissional em Medicina: um estudo de campo em Pernambuco. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, RJ: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Holtzman, J. M., Beck, J. D., & Ettinger, R. L. (1998). Cognitive knowledge and attitudes toward the aged of dental and medical students. *Educ Gerontol*, 6(2-3), 195-207. Recuperado em 01 março, 2018, de: <https://doi.org/10.1080/0380127810060210>.

Kalache, A. (2008). O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciênc Saúde Colet.*, 13(4), 1107-1111. Recuperado em 01 março, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400002>

Keller, I., Makipaa, A., Kalenscher, T., & Kalache, A. (2002). *Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum*. Geneva, Suisse: World Health Organization.

Kruger, H. R. (1995). *Psicologia das crenças: perspectivas teóricas*. Tese de concurso para professor titular não-publicada. Departamento de Psicologia Social Institucional, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Levy, B., Ashman, O., & Dror, I. (1999-2000). To be or not to be: The effects of aging stereotypes on the will to live. *Omega: J Death Dying*, 40(3), 409-420. Recuperado em 01março, 2019, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12557880>.

Lopes, F. A. M., & Oliveira, F. A. (2004). Aspectos epidemiológicos de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF). (on-line). Uberaba, MG: Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Lourenço, L. M., Mota, D. C. B., Carvalho, R. G., Gebara, C. F. P., & Ronzani, T. M. (2012). Crenças dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora em relação à violência doméstica contra idosos. Campinas, SP: *Estud Psicol*, 29(3), 427-436. Recuperado em 01 março, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000300012>.

Marcolino, M. S., Alkmim, M. B., Assis, T. G. P., Sousa, L. A. P., & Ribeiro, A. L. P. R. (2014). Teleconsultorias no apoio à APS em municípios remotos no estado de MG, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*, 35(5), 345-352. Recuperado em 01março, 2019, de: <https://pdfs.semanticscholar.org/6931/b2548eda609ce62dcd0951a8b2ae99cb6ef4.pdf>.

Marin, M. J. S., Martins, A. P., Marques, F., Feres, B. O. M., Saraiva, A. K. H., & Druzian, S. (2008). A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 11(2), 245-258. Recuperado em 01 março, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2008.11029>.

Massote, A. W., Belisário, A. S., & Gontijo, E. D. (2011). AP como cenário da prática na percepção de estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Méd*, 35(4), 445-453. Recuperado em 01março, 2019, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n4/a02v35n4.pdf>.

Melo, M. C., Souza, A. L., Leandro, E. L., Mauricio, H. A., Silva, I. D., & Oliveira, J. M. O. (2009). A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. *Ciênc Saúde Colet*, 14(Supl. 1), 1579-1586. Recuperado em 01 março, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800031>.

Menezes, E. L. C., Scherer, A., Duarte, M., Verdi, M. I., & Pires, D. P. (2017). Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso ao APS. *Saúde Soc.*, 26(4), 888-904. Recuperado em 01 março, 2018, de: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2017.v26n4/888-903/en/>.

Moraes, G. V. O. (2012). Influência do saber biomédico na percepção da relação saúde/doença/incapacidade em idosos da comunidade. Dissertação de mestrado. Belo Horizonte, MG: Centro de Pesquisas René Rachou.

- Motta, L. B., Aguiar, M. C., & Caldas, C. P. (2011). Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad Saúde Pública*, 27(4), 779-786. Recuperado em 01 março, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400017>.
- Motta, L. B., Caldas, C. P., & Assis, M. (2008). A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ. *Ciênc Saúde Colet*, 13(4), 1143-1151. Recuperado em 01 março, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400010>.
- Neri, A. L. (1991). *Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice, segundo brasileiros não idosos*. Campinas, SP: Editora da UNICAMP.
- Neri, A. L. (2007). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo, SP: Edições SESC-SP.
- Orlandin, E. A. S., Moscovici, L., Franzon, A. C. A., Passos, A. D. C., Dal Fabbro, A. L., Vieira, E. M., et al. (2017). A research agenda for Primary Health Care in the state of São Paulo, Brazil: the ELECT study. Botucatu, SP: *Interface*, 21(61), 349-361. Recuperado em 01 março, 2019, de: [10.1590/1807-57622016.0103](http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0103).
- Palmore, E. B. (1977). Facts on Aging: A short quis. *Gerontologist*, 17(4), 315-320. Recuperado em 01 março, 2018, de: <https://eric.ed.gov/?id=EJ163888>.
- Pedrosa, J. S., & Teles, J. B. M. (2001). Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*, 35(3), 1-14. Recuperado em 01 março, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000300014>.
- Pinho, L. M. G., Garcia, V. L., & Nogueira-Martins, M. C. F. (2017). Implantação da residência médica e multiprofissional em Saúde da Família em um município paulista: percepção de residentes da primeira turma (2014-2016). Vitória, ES: *Rev Bras Pesq Saúde*, 19(2), 106-114. Recuperado em 01 março, 2018, de: <http://www.periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/18868/12845>.
- Protti, S. T. (2003). *Public Health Nursing. A saúde do idoso sob a ótica da equipe do Programa de Saúde da Família*. USP. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem.
- Ribeiro, A. P. F. (2007). *Imagens da velhice em profissionais que trabalham com idosos*. Dissertação de mestrado de Geriatria e Gerontologia. Aveiro, Portugal: Universidade de Aveiro. (200 f.).
- Romanholi, R. M. Z., & Cyrino, E. G. (2012). A visita domiciliar na formação dos médicos: da concepção ao desafio do fazer. *Interface: Comunicação*, 16(42), 693-705. Recuperado em 01 março, 2019, de: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n42/v16n42a09.pdf>.
- Santini, S. M. L., Jedliczka, J. R. S., Nunes, E. F. P. A., & Bortoletto, M. S. S. (2010). *Perfil dos profissionais das equipes de saúde da família em municípios de pequeno porte de uma regional de saúde do Paraná e suas condições de trabalho*. Paineis 03/011. Capacidades institucionais dos municípios para gestão. Anais... III Congresso Consad de Gestão Pública. Brasília, DF, 03/2010.
- Santos, B. F., Ordonez, T. N., Silva, T. B. L., & Cachioni, M. (2011). Identificação das crenças em relação à velhice e ganhos percebidos de professores do CIEJA. *Revista Kairós-Gerontologia*, 14(2), 119-141. Print ISSN 1516-2567. ISSNe 2176-901X. Recuperado em 01 março, 2018, de: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/8211>.
- Santos, W. J., Giacomini, K. C., & Firmo, J. O. A. (2014). Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*, 19(8), 3441-3450. Recuperado em 01 março, 2018, de: [10.1590/1413-81232014198.14172013](http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.14172013).

Silva, D. C., Alvin, N. A. T., & Figueiredo, P. A. (2008). Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Esc Anna Nery: Rev Enferm*, 12(2), 291-298. Recuperado em 01 março, 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a14>.

Silvério, J. B. (2008). Programa de educação permanente para médicos de família. *Rev Med Minas Gerais*, 18(4, Supl 4), S60-S66. Recuperado em 01 março, 2018, de: <file:///C:/Users/Dados/Downloads/v18n4s4a10.pdf>.

Silvestre, J. Á., & Costa, N. M. M. (2003). Abordagem do idoso em Programas de Saúde da Família. Rio de Janeiro, RJ: *Cad Saúde Pública*, 19(3), 839-847. Recuperado em 01 março, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300016>.

Uchoa, E., Firmo, J. O. A., Lima-Costa, M. F., & Corin, E. (2011). An anthropologic study on strategies for addressing health problems among the elderly in Bambuí, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saúde Pública*, 27(Supl. 3), S370-S377. Recuperado em 01março, 2019, de: <https://www.scielo.org/article/csp/2011.v27suppl3/s370-s377/>.

Veras, R. P. (2003). A longevidade da população: desafios e conquistas. São Paulo, SP: *Rev Serviço Social*, 75, 5-19.

WHO. (2005). World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília, DF: OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde.

Recebido em 30/05/2019

Aceito em 30/06/2019

---

**Aila Davis Fanstone Pina Vieira** – Graduação em Medicina. Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Mestrado em Gerontologia em andamento, UCB/DF, Brasília, DF, Brasil.

**Lucy de Oliveira Gomes** – Graduação em Medicina. Mestrado em Medicina Tropical. Doutorado em Fisiologia. Prof. Adjunto, Universidade Católica de Brasília, UCB. Professora da Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gerontologia, UCB. Brasília (DF). Brasília, DF, Brasil.

E-mail: [lucygomes2006@hotmail.com](mailto:lucygomes2006@hotmail.com)

**Clayton Franco Moraes** – Graduação em Medicina. Mestrado em Gerontologia. Doutorado em Ciências Médicas. Pós-Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Professor Adjunto A, de Urologia da Universidade de Brasília, UnB. Docente do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília, UCB e do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Médicas, da UCB e do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gerontologia da UCB.

E-mail: claytonf@ucb.br

**Otávio Toledo Nóbrega** – Graduado em Ciências Biológicas. Doutor em Patologia Molecular. Pós-Doutorado Sênior, USP. Professor-Associado, Universidade de Brasília, UnB.

E-mail: otavionobrega@unb.br