

NOVAS COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE E O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO: INTEGRALIDADE, INTERDISCIPLINARIDADE E INTERSETORIALIDADE



^INúcleo de Atenção ao Idoso, Universidade Aberta da Terceira Idade, Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ. Rua São Francisco Xavier 524/bl. F/10147, Maracanã. 20550-013 Rio de Janeiro-RJ. lumotta@uerj.br

^{II}Instituto de Medicina Social/UERJ

Luciana Branco da Motta^I; Adriana Cavalcanti de Aguiar^{II}

RESUMO

Este trabalho discute as características da formação médica frente ao processo de envelhecimento e as especificidades da atenção à saúde do idoso, de forma a sistematizar as competências necessárias para profissionais de saúde. A premissa é que existe uma distância marcante entre, por um lado, conteúdos necessários à boa prática geriátrica e diretrizes das políticas de saúde e educação e, por outro lado, o currículo atual da graduação e da pós-graduação. A transição epidemiológica e demográfica coloca a Geriatria e Gerontologia como uma especialidade com mercado em expansão, tanto no setor público como privado, implicando a discussão da normatização da formação e distribuição de RH na saúde. Porém, a pouca valorização da presença de seus conteúdos nos currículos não reflete apenas uma questão pedagógica. Ao que tudo indica, apesar da legislação existente, ainda não está clara a importância destes conteúdos para a sociedade. A inclusão do processo de envelhecimento como curso de vida e em todos os seus aspectos nos currículos de graduação é uma prioridade. É também necessário ampliar a discussão sobre o papel da pós-graduação, da educação permanente e da educação continuada a fim de fazer frente ao desafio de envelhecer com qualidade.

Palavras-chave: Educação médica, Idosos, Envelhecimento, Recursos humanos

Introdução

A transição demográfica e epidemiológica traz importantes conseqüências para a educação profissional em saúde. Da etapa caracterizada pelas doenças transmissíveis, vinculadas à pobreza, má nutrição, falta de higiene e saneamento básico, acumulamos as doenças crônico-degenerativas e as patologias socioambientais, onde se destacam a degradação do ambiente, das condições de trabalho e das relações sociais através das drogas, violência e acidentes. A complexidade deste quadro, onde a violência convive com o recrudescimento de doenças transmissíveis, com índices ainda altos de mortalidade infantil e com o aumento da expectativa de vida, é o desafio da formação profissional e das políticas intersetoriais.

A população brasileira experimenta um processo de envelhecimento marcante e sua Política Nacional do Idoso (PNI/Lei 8842/94 □ Brasil¹) dispõe sobre a necessidade de ampliação do debate sobre o tema, via sua inclusão em todos os níveis de escolarização. Na área da saúde, isto implicaria em ampliar conteúdos específicos na graduação, na pós-graduação e na educação permanente. No entanto, a atual escassez destes conteúdos na graduação coloca desafios extras para a especialização. Profissionais recém-egressos das faculdades não dispõem de competências mínimas para operacionalização da concepção ampliada de saúde na atenção aos idosos, o que implicaria, 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. A busca de uma formação em geriatria (especialidade médica que atende aos idosos), caso restrinja-se ao estudo das patologias mais prevalentes e/ou ao processo biológico do envelhecimento, não é capaz de preparar profissionais aptos 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. A gerontologia é marcada pela confluência de campos de saber de distintos setores como saúde, educação, direito, urbanismo, ciências sociais, como apontado na PNI .

Neste trabalho, analisamos os desafios para o aparelho formador decorrentes do envelhecimento à luz do conceito de integralidade da atenção à saúde da população idosa e da necessidade de avançar na direção da interdisciplinaridade na formação em saúde e na intersetorialidade das ações e políticas.

Especificidades do envelhecimento e formação profissional em saúde

A população idosa apresenta alterações fisiológicas e patológicas que cursam com crescente dependência. Do ponto de vista teórico, tal fato demanda aprofundamento de conceitos, tais como níveis de prevenção, paliativismo, suporte e apoio social. Na prática, aos profissionais cabe trabalhar com pacientes e suas famílias/cuidadores, enfrentando juntos situações de perda e morte. Conceitos específicos da gerontologia como síndromes geriátricas, reabilitação, fragilidade, independência (capacidade de executar tarefas sem ajuda) e autonomia (capacidade de autodeterminação) não constam habitualmente dos conteúdos da graduação, mas são operacionais para a proposição de condutas adequadas. Intervenções baseadas em tal moldura extrapolam o modelo biomédico, hegemônico. Enfocando o estudo da doença, o modelo biomédico secundariza aspectos sociais, econômicos e subjetivos na determinação do processo de saúde-

doença e caracteriza-se pelo reducionismo, ao tratar fenômenos complexos como princípios primários simples, e pelo dualismo mente-corpo².

Um modelo mais ampliado e com maior potencial explicativo foi chamado por Engel² de biopsicossocial e permite redefinir o papel profissional, significando, no campo da atenção ao idoso, ampliar a contribuição da gerontologia. Seguindo nesta direção, Ramos³ aponta a importância da avaliação da capacidade funcional, entendida como a capacidade de manter-se independente e autônomo, relacionada a fatores sociodemográficos, percepção subjetiva, saúde física e mental, independência nas atividades do cotidiano, suporte social e familiar e a utilização de serviços, como novo paradigma da saúde pública frente ao envelhecimento: o conceito de saúde se inclina para a manutenção da autonomia, mesmo na presença de doenças crônicas (controladas). O envelhecimento saudável é assim entendido como a interação entre saúde física e mental, independência nas atividades de vida diária (capacidade de vestir-se, tomar banho, fazer higiene, transferir-se, alimentar-se, ser continente), integração social, suporte familiar e independência econômica.

Aliado à falta de treinamento específico para a avaliação da capacidade funcional, evidências indicam que os profissionais de saúde não estão habilitados na identificação e intervenção nas síndromes geriátricas □ apesar da abordagem tecnicamente correta de problemas clínicos isolados. Em estudo realizado no Rio Grande do Sul, Silvestre⁴ observou que idosos internados em hospitais gerais não recebiam assistência médica e psicossocial de acordo com suas necessidades: problemas típicos da idade não foram identificados ou tratados adequadamente. As consequências disto incluem o prolongamento do tempo de internação, redução da capacidade funcional do idoso por ocasião da alta e reinternações mais frequentes.

Os gastos com saúde tendem a aumentar progressivamente com o envelhecimento populacional, agravando o desafio de promoção da equidade. Como cuidar da parcela mais pobre, com maiores comorbidades, e maior incapacidade, através de uma abordagem diagnóstica, terapêutica e de reabilitação adequadas? Grandes gastos não garantem, em si, a melhoria da qualidade de vida dos idosos, sendo necessário trabalhar para a mudança nos princípios que regem a atenção à sua saúde⁵. O aumento da expectativa de vida traz como consequência uma necessidade de mudança no modelo clínico-assistencial e na formação profissional, como aprofundaremos a seguir.

Interfaces das políticas voltadas para os idosos

Muitas são as políticas que focam o idoso e sua família; porém, as dificuldades na implementação abrangem desde a precária captação de recursos ao frágil sistema de informação para a análise de condições de vida e saúde, passando, evidentemente, pela inadequada capacitação de recursos humanos. Apesar de, nos últimos anos, o processo de envelhecimento vir sendo mais discutido, as mudanças a ele intrínsecas ainda não parecem claras para a sociedade e suas instituições. Ou seja, do ponto de vista da normatização legal, o envelhecimento é protegido no Brasil, havendo diretrizes a serem seguidas, mas cuja sua implementação ainda não se fez de forma completa. Selecionamos seus principais trechos:

1) **Lei Orgânica da Saúde** (nº 8080/90 Brasil⁶). Dentro dos princípios, destaca-se a preservação da autonomia, da integridade física e moral da pessoa, a integralidade da assistência, e a fixação de prioridades com base na epidemiologia.

2) **Política Nacional de Saúde do Idoso** (Brasil⁷). Fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa, em conformidade com a Lei Orgânica

e com a Política Nacional do Idoso. Tem como propósito "a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, [...] da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde [...] e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida". A PNSI aponta diretrizes essenciais para o alcance destes propósitos, incluindo a capacitação de recursos humanos especializados.

3) **Estatuto do Idoso** (Lei 10741/2003 Brasil⁸). Enfatiza a interface entre intersectorialidade e **direito à saúde**: "É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde □ SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde" (Art.15). Incorpora o conceito de integralidade da atenção, ao afirmar que "o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe [...] todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade" (Art 2). Coerentemente, o Estatuto do Idoso aborda a problemática de recursos humanos: "As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda" (Art.18). O artigo 22 demanda a inserção, nos currículos dos diversos níveis de ensino formal, conteúdos relativos ao processo de envelhecimento, à eliminação de preconceitos e à valorização social dos idosos.

Atenção integral à saúde do idoso

A Constituição Brasileira (Brasil⁹) incorpora uma concepção ampliada de saúde, entendida como direito de cidadania: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Art. 196).

A Lei Orgânica da Saúde (8080/90) no art 7^o explicita, no seu conjunto de princípios, o caráter integral da assistência. Desde então, o conceito de integralidade vem sendo objeto de reflexão na literatura em Saúde Coletiva. Mattos¹⁰ confere-lhe três conjuntos de sentido: o de atributo das práticas dos profissionais de saúde, de atributo da organização dos serviços e o de resposta governamental via políticas voltadas para grupos populacionais específicos.

Nessa perspectiva abrangente, a idéia de prevenção, em todos os seus níveis, perpassa a atenção integral¹¹. Por exemplo, ao trabalhar com patologias crônicas e degenerativas, o profissional de saúde pode objetivar evitar sua instalação (prevenção primária) ou minorar suas conseqüências (prevenção secundária e terciária). O conhecimento do processo de envelhecimento e da cascata de eventos que se seguem à perda do equilíbrio do organismo envelhecido reiteram a importância do trabalho preventivo. É preciso conhecer as características das enfermidades em idosos, pois seus sintomas são confundidos com transtornos normais do envelhecimento, podendo apresentar-se de forma mascarada ou subaguda, sem os sinais clássicos. É freqüente a superposição de enfermidades crônicas, na forma de entidades sindrômicas: são as chamadas síndromes geriátricas. Estas podem incluir alterações sensitivas, imobilidade, depressão, conseqüências de iatrogenia, estado confusional agudo, desnutrição, quedas, incontinência, déficit cognitivo e presença de pluripatologia.

A abordagem terapêutica das síndromes geriátricas objetiva preservar a capacidade funcional. A modificação da resposta à enfermidade e o alentecimento dos processos de recuperação engendram considerações éticas e negociações sobre conduta. A formação de recursos humanos deve pautar-se na compreensão do modelo biopsicossocial aplicado ao envelhecimento e na necessidade do trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

A integralidade enseja a flexibilização da divisão técnica do trabalho. Em um estudo empírico sobre equipes de saúde, em quatro cenários de prestação de serviços, Peduzzi¹² analisa as concepções que informam o trabalho dos participantes. A autora propõe as categorias de "equipe agrupamento", caracterizada pela justaposição de ações, e "equipe integração" orientada pela articulação das ações, com forte ênfase na comunicação. A atenção integral à saúde só é alcançável quando o trabalho se articula quebrando a fragmentação entre os saberes e práticas. Neste caso, "profissionais realizam intervenções de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos".

Para avançar na direção da integralidade é importante identificar os obstáculos no trato com a população idosa. Adams¹³ investigou o que médicos atuando na atenção primária (saúde da família e clínicos) consideram particularmente difícil. A lista inclui: a) a complexidade médica e a vulnerabilidade dos idosos aos eventos adversos (apresentação de doença crônica e/ou atípica, rápido declínio do estado geral, interações indesejáveis entre múltiplas medicações, risco de iatrogenia, presença de déficits cognitivos e sensoriais); b) os desafios pessoais e interpessoais da relação (barreiras de comunicação, dificuldade no lidar com familiares, questões éticas e percepção da própria ineficácia); c) os problemas institucionais e administrativos (treinamento insuficiente, pagamento reduzido, recursos comunitários insuficientes, falta de tempo para o correto atendimento), que incluem o isolamento no trabalho como fonte de frustração.

Apesar da geriatria estar se estabelecendo como especialidade médica com identidade própria, ainda não está resolvida a questão do cuidado aos idosos devido ao crescimento desproporcional desta população em relação à formação de especialistas¹⁴. A atenção básica já é oferecida aos idosos pelos clínicos e médicos de família nas suas práticas. Nela, a capacitação de recursos humanos ganha especial relevância quando o sujeito da atenção é o idoso, sendo necessário problematizar os valores e atitudes dos médicos frente a esta população, a (pouca) importância que lhe é socialmente atribuída, a falta de suporte social para grande número de idosos, os recursos comunitários inadequados e a necessidade de trabalhar em cenários distintos¹³.

Neste trabalho, analisamos a literatura sobre características da formação desejável do profissional médico e sua adequação na construção da atenção integral à saúde do idoso frente às demandas advindas do envelhecimento brasileiro. Tendo como referência as políticas de saúde e de educação superior, sistematizamos conteúdos e práticas, habilidades e competências necessárias para este profissional e o processo de ensino-aprendizagem adequado a esta formação segundo a literatura específica nacional e internacional.

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; porém, neste estudo, enfatizamos a graduação e a residência médica.

Através da busca sistemática, foram selecionadas referências que sistematizam a organização de currículos com descrição de competências a serem desenvolvidas

desde a graduação, passando pelo treinamento em Clínica Médica e Medicina de Família até a formação do especialista em Geriatria e Gerontologia. A análise foi organizada em torno das categorias: **interdisciplinaridade, competências e currículo**.

Interdisciplinaridade e intersetorialidade na saúde do idoso

O debate acadêmico acerca da interdisciplinaridade emerge no bojo da crítica à fragmentação do saber e da produção de conhecimento. Para alguns autores, extrapola a mera agregação dos seus campos de origem, visando à associação dialética entre dimensões polares como teoria e prática, ação e reflexão, conteúdo e processo. Luck¹⁵ ambiciona avançar na superação da visão restrita de mundo e resgatar a centralidade humana na produção do conhecimento como determinante e determinada. A integração entre diferentes áreas e a abordagem de problemas de forma criativa demanda mudanças individuais, institucionais e ações intersetoriais.

Vasconcelos¹⁶ descreve alguns obstáculos que construção tão ambiciosa enfrenta. O arcabouço das Instituições de Ensino Superior (IES), organizado em faculdades e departamentos que eventualmente não se comunicam, pode impedir o desenvolvimento de cultura acadêmica que desenvolva e compartilhe o trabalho de forma interdisciplinar. Além disso, a formalização das profissões implica em reivindicações de saberes e competências exclusivos, às quais é atribuído um mandato social para realização de tarefas específicas, controle de recursos e responsabilidade legal, cristalizando a divisão social e técnica do trabalho. A institucionalização de organizações corporativas exerce controle na formação, nas normas éticas e na defesa de interesses econômicos e políticos dos respectivos grupos. Assim, as práticas na saúde incorporam estratégias de negociação saber/poder, de competição intra e intercorporativa em processos institucionais e socioculturais que impõem barreiras à troca de saberes cooperativa.

O desenvolvimento de práticas interdisciplinares envolve flexibilização dos mandatos sociais e revisão das legislações profissionais, bem como a ampliação destas práticas na formação dos profissionais, buscando uma nova profissionalização capaz de enfrentar novos desafios teórico-práticos. Inclui a integração do ensino-pesquisa-extensão, a democratização da hierarquia institucional e a possibilidade de quebra das defesas corporativas, permitindo a troca e o aprendizado¹⁶.

No campo da saúde, a interdisciplinaridade acena com a possibilidade da compreensão integral do ser humano no contexto das relações sociais e do processo saúde-doença¹⁷. Sua construção ultrapassa a mera renovação de estratégias educativas, necessitando ser consolidada pela reestruturação acadêmica e institucional via o compromisso com as necessidades sociais de saúde.

A Gerontologia é intrinsecamente interdisciplinar, pois o processo de envelhecimento permeia todos os aspectos da vida. Incorpora conteúdos científicos e técnicos de vários campos, nos quais destacam-se a Biologia, a Psicologia e as Ciências Sociais¹⁸. A Gerontologia opera a criação de novas estruturas conceituais que, ao romperem com as estruturas disciplinares de origem, são recombinadas e sintetizadas de forma a configurar uma nova totalidade. Seu campo de saber, competências e responsabilidades confluentes às diversas profissões são caracteristicamente intersetoriais, com a participação potencial de todas as ciências que estudam e atuam no envelhecimento.

Assim, focar as competências na atuação junto ao idoso objetiva novos recortes do conhecimento e sua contextualização no processo social do envelhecimento e na

prestação de serviços. Inclui a capacidade de atuação frente à imprevisibilidade e diversidade de situações, almeja o trabalho em equipe multiprofissional e a mobilização de conteúdos diversos buscando a atuação integral ao nível do profissional de saúde, das estruturas organizacionais, e dos arranjos políticos.

Competência profissional

O trabalho em saúde é marcado pelas relações interpessoais entre os profissionais e usuários¹⁹. Caracteriza-se por ser um trabalho **reflexivo** e dependente do recrutamento de saberes distintos: científico, técnico, derivado de experiências de trabalho e sociais e de valores ético-políticos. Distingue-se também pela **complexidade**, isto é, incorpora a diversidade profissional, dos atores e interesses, das tecnologias, da organização do espaço; pela **heterogeneidade** devido à variedade de processos de trabalhos coexistentes; e pela **fragmentação conceitual**, do pensar e fazer, da técnica (pluralidade profissional) e social (divisão social do trabalho e entre as categorias).

O conceito de competência tem caráter polissêmico, sendo descrito como: capacidade para aplicar habilidades, conhecimentos e atitudes; habilidade de utilizar o conhecimento a fim de chegar a um propósito; capacidade de utilizar conhecimentos e habilidades adquiridos para o exercício profissional; capacidade de mobilizar saberes □ saber-fazer, saber-ser, saber-agir; capacidade para resolução de um problema²⁰. Perrenould²⁰ destaca a capacidade de mobilização de conhecimentos que "supera o tatear reflexivo [...] e aciona esquemas constituídos". Ao conjunto de esquemas constituídos que permitem práticas adaptadas a situações renovadas dá-se o nome de "habitus". A reflexão também depende do "habitus", pois a conscientização e o pensamento formal passam pela implementação de esquemas de pensamento, avaliação e julgamento, os quais podem ser utilizados em contextos diversos. Assim sendo, competência significa a construção de disposições e esquemas que permitem mobilizar os conhecimentos, no momento certo e com discernimento. A competência seria a capacidade de orquestração destes esquemas. Um especialista é competente porque é capaz de dominar rapidamente situações comuns com esquemas que entram em ação automaticamente e, além disso é capaz de, coordenar e diferenciar rapidamente os esquemas de ação e os conhecimentos para enfrentamento de situações inéditas²¹.

A formação profissional tradicional, no modelo voltado para a qualificação, objetiva disciplinar o trabalhador e ensinar-lhe um ofício. Nesta, o nível de escolaridade relaciona-se ao nível da complexidade necessária para o exercício profissional, correlacionando-se com a posição do treinando na hierarquia social. Os diplomas atestariam a qualificação profissional, isto é, a capacidade de desempenhar um papel, bem como, em geral, a inserção de classe de seu portador. Com as mudanças no mundo do trabalho que valorizam a subjetividade e o saber tácito, a qualificação real passa a se contrapor à formal. Assim, competência é "... mecanismo subjacente que permite a integração de múltiplos conhecimentos e atos necessários à realização da ação"²¹, sendo condição de desempenho pois expressa os recursos articulados e mobilizados frente a uma situação. Sendo assim, o desempenho seria consequência das competências, porém uma única ação pode mobilizar várias competências, que correspondem tanto ao resultado do trabalho quanto à reflexão das condições da produção, meios usados, finalidade e organização da ação. A formação baseada em competências se denominou **pedagogia diferenciada**, e se fundamenta em um processo centrado na aprendizagem (e não no ensino), na valorização do aluno como sujeito e na construção do conhecimento²¹.

No que tange ao objeto desse estudo, a formação profissional em saúde do idoso, observa-se que, apesar da adequação curricular ser mencionada na PNI e na PNSI, não há uma especificação das competências a serem desenvolvidas nestes processos. As competências profissionais emergem com maior significado, porém, nas Diretrizes Curriculares para a Graduação, conforme discutido a seguir.

O currículo e a formação do profissional médico frente ao envelhecimento populacional

O currículo pode ser definido como o mecanismo através do qual um dado conhecimento é distribuído socialmente, traduzindo escolhas, conscientes ou não, que refletem as formas "[...] através das quais a sociedade seleciona, classifica, distribui, transmite e avalia o conhecimento educativo considerado público [refletindo] a distribuição do poder e dos princípios do controle social". Ou seja, o currículo expressa a função socializadora da escola, sendo elemento orientador da prática pedagógica. Como ponto de cruzamento entre componentes pedagógicos, políticos e administrativos, está no cerne da qualidade do ensino e da mudança das práticas, fomentando (ou não) o aperfeiçoamento dos professores, a renovação institucional e a inovação escolar²². Por estas razões, mudanças curriculares são muitas vezes lentas.

A American Geriatrics Society^{23,24,25} propõe que a gerontologia e geriatria sejam integradas no currículo nas diversas séries da escola médica e que a experiência em geriatria seja requerida para completar a formação em medicina. Porém, estudo feito pela OMS mostrou que, mesmo em países com rápido processo de envelhecimento, a inserção da geriatria no currículo médico ainda não aparece como prioridade²⁶.

No Brasil, uma das estratégias utilizadas para a transformação curricular da graduação é a **diversificação de cenários de ensino-aprendizagem**, o que significa a alocação de carga horária expressiva dos estudantes e preceptores em unidades básicas de saúde e organizações comunitárias. Tais iniciativas colocam-se como oportunidades de avanços via práticas interdisciplinares e multiprofissionais. Não se trata apenas de mudar o local onde se desenvolve a prática, mas

[...] a incorporação e a inter-relação entre métodos didático-pedagógicos, áreas de prática e vivências, utilizando tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras...[incluindo] a valorização dos preceitos morais e éticos orientadores de condutas individuais e coletivas [...]. Relaciona-se ao processo de trabalho, ao deslocamento do sujeito e do objeto do ensino e à revisão da interpretação das questões referentes à saúde e à doença"²⁷.

Ou seja, novos cenários ensejam novos conteúdos e práticas curriculares, redirecionando a perspectiva sobre intervenções em saúde, com potencial estabelecimento de relações mais simétricas de colaboração entre os participantes (incluindo o usuário e seus familiares). Novos cenários são espaços de expressão de conflitos entre poderes/saberes e entre escolhas políticas e éticas, favorecendo a articulação entre teoria e prática na identificação das necessidades de saúde. A expectativa é de que a participação dos estudantes das diversas carreiras no cotidiano dos serviços permitirá a vivência responsável da realidade, permitindo ao processo pedagógico situar seu eixo na solução de problemas, potencialmente transformando o processo de trabalho.

Os benefícios da diversificação de cenários na formação de profissionais capazes de atuar junto ao processo de envelhecimento e com idosos incluem a potencial

redução dos preconceitos, pela facilidade de contato com idosos saudáveis, e também o enfrentamento do processo de envelhecimento do próprio profissional de saúde. O desenvolvimento precoce do trabalho em equipe e a inserção do aluno em atividades com responsabilidade crescente reforçam a compreensão da importância de cada profissional na construção da integralidade na atenção à saúde. A articulação do processo de ensino-pesquisa-extensão nos novos cenários permite ao aluno contextualizar melhor seu papel social através de contribuições concretas às instâncias prestadoras de serviço ao longo de toda a graduação²⁸.

O diálogo entre saúde e educação e a interação entre serviços e universidade se impõem. A partir de demanda da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Brasil²⁹), as carreiras da área de saúde discutiram diretrizes curriculares para vigorarem em todo território nacional. As Diretrizes Curriculares para o Ensino da Graduação em Medicina, homologadas pelo Conselho Nacional de Saúde em 2001, vêm normatizar aspectos como o modelo pedagógico (centrado no estudante), o equilíbrio entre teoria e prática, a inclusão de novas tecnologias (à luz das demandas sociais e das mudanças epidemiológicas), com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças em todas as fases do ciclo de vida.

As competências para a atenção ao idoso estão contempladas indiretamente nas diretrizes, posto que o envelhecimento faz parte do ciclo de vida. Sua ausência ou insignificância, na concepção do currículo médico "construído socialmente", aponta para a restrita importância atribuída socialmente a esta parcela da população. Na implementação das diretrizes, é necessário incluir conteúdos sobre envelhecimento, saúde do idoso, trabalho em equipe e a noção de saúde ampliada em quase todas as disciplinas ao longo do curso, dado que a geriatria e a gerontologia alicerçam-se nas áreas básicas (fisiologia, bioquímica, farmacologia), na área clínica e cirúrgica, nas Ciências Humanas e na Saúde Pública. De fato o envelhecimento coloca-se como potente alavanca impulsionadora da integração do currículo e pode mobilizar desenvolvimento de atitudes e habilidades úteis para atenção em saúde de boa qualidade em geral.

Questões específicas da geriatria e gerontologia incluem o conhecimento das síndromes geriátricas e sua abordagem preliminar, agravos como abandono, maus-tratos, distúrbios afetivos e do humor e o exercício da sexualidade. Além destes, também o uso dos instrumentos de avaliação da capacidade funcional e cognitiva, a avaliação geriátrica ampla, o treinamento em equipe e em diferentes cenários devem ser inseridos no currículo, bem como o conhecimento do sistema de saúde e dos recursos de apoio social disponíveis.

Aspectos operacionais das competências em geriatria e gerontologia são encontradas na literatura internacional. A British Geriatric Society³⁰ e a American Geriatric Society²³ sistematizam atitudes e habilidades a serem desenvolvidas na graduação. A lista é sofisticada e inclui a apreciação da diversidade entre os idosos, o equilíbrio entre qualidade e prolongamento de vida, a valorização do trabalho de todos os membros da equipe, o reconhecimento dos idosos como parte da sociedade, os preconceitos relacionados ao envelhecimento (de si próprio e do outro), a importância relativa da idade cronológica, o trabalho do cuidador e a mudança de paradigma do trabalho em geriatria usando a otimização funcional. Preconiza treinar o aluno na capacidade de comunicação, mesmo em presença de déficits sensoriais, na avaliação geriátrica ampla, e na avaliação funcional, cognitiva, da marcha e do equilíbrio (são testes relativamente simples que podem constar das atividades regulares da graduação). Ressalta as síndromes e doenças comuns no envelhecimento, o processo de planejamento de metas para abordagem em equipe, o conhecimento dos recursos de suporte sociais disponíveis e as características do sistema de saúde.

A pós-graduação

Segundo o Joint Committe on Higher Medical Education³¹, o geriatra pode ser definido como o profissional especialista em avaliação geriátrica ampla, manejo de doenças agudas e crônicas, em diversos cenários e na presença de várias comorbidades, diagnóstico e manejo das síndromes geriátricas e de pacientes com problemas de abordagem complexos; maximização da independência funcional; trabalho em equipe interdisciplinar voltado para o planejamento da abordagem conjunta, especificidades do processo de envelhecimento na fisiologia, patologia, farmacologia; e um crescente papel no cuidado de idosos fragilizados e dos que necessitam de cuidados paliativos. Pode-se acrescentar sua atuação na produção de conhecimento e pesquisas na área do envelhecimento, no aperfeiçoamento do sistema de informação e na educação, formação e treinamento de recursos humanos, na graduação e na pós-graduação.

A escassez de especialistas em geriatria e gerontologia no Brasil é hoje uma realidade. Os poucos programas de residência médica existentes se situam predominantemente na Região Sudeste. Os cursos de especialização em geriatria são numericamente restritos e localizam-se no mesmo eixo espacial. A caracterização do especialista em Geriatria e Gerontologia é uma importante atribuição, no Brasil, da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), visando a uma melhor inserção deste profissional no sistema de saúde dentro de suas especificidades.

Hoje, como a graduação não fornece o treinamento e conhecimentos minimamente adequados, para a pós-graduação coloca-se um desafio gigantesco. Seus conteúdos vêm limitando-se, em muitos casos, a suprir a falta de conhecimento prévio. Em outras palavras, hoje formam-se especialistas com o conteúdo básico que deveria constar da graduação, somados a fragmentos do treinamento que seria específico da pós-graduação. A institucionalização da área de geriatria e gerontologia, após sua devida inserção na graduação, deverá cursar com uma grande sofisticação dos parâmetros para os currículos de residência médica e especialização e pós-graduação estrito senso.

Considerações finais

Envelhecer é uma conquista, componente do curso pleno de vida dos indivíduos³². Envelhecer com qualidade é um privilégio, que envolve mudanças em vários setores da sociedade e, de modo abrangente, em concepções generalizadas sobre saúde, educação, justiça e direitos sociais. O trabalho conjunto de todas as instituições envolvidas carece de determinação política e de uma melhor discussão das competências necessárias aos diversos profissionais nas várias instâncias. Somente a presença de normas e leis não garantem sua adequação e execução.

No aprimoramento do modelo assistencial brasileiro, os princípios da integralidade e equidade estão no cerne e sua operacionalização inclui a produção, a divulgação e o uso de indicadores de saúde apropriados para compreender os idosos na formulação de políticas distintas para diferentes problemas que afligem grupos específicos. O trabalho interdisciplinar, apesar de preconizado, é implementado com restrições, que vão da precária formação dos alunos na graduação até a defesa corporativa das profissões, passando por relações de trabalho que deverão incorporar princípios do trabalho em equipe, prevenção, reabilitação, inclusão da família e paliativismo.

A transição epidemiológica e demográfica expande o mercado de trabalho voltado para a prestação de serviços aos idosos nos setores público e privado, implicando a discussão da normatização da formação e distribuição de recursos humanos na saúde. Ao abordar o currículo como produto social e histórico, a valorização de conteúdos de geriatria e gerontologia é entendida como parte de um projeto político-institucional e não como mera questão pedagógica. Apesar de dados sobre o envelhecimento serem de domínio público, e da vigência de legislação abrangente, a visibilidade do papel cultural, social e econômico do idoso ainda parece restrita aos especialistas.

Na formação profissional, destaca-se atualmente a implantação das novas diretrizes curriculares para a graduação e a educação permanente no preparo de recursos humanos para a atenção básica, com conteúdos e competências orientados para as especificidades do processo de envelhecimento. A incorporação do conceito de competência na aprendizagem revaloriza o lugar da prática via exposição dos treinandos a situações diversas, consolidando esquemas de mobilização de recursos cognitivos e afetivos, no contexto multiprofissional. Sua incorporação trará conseqüências para o ensino, para as práticas e para a pesquisa.

Cabe lembrar que mudanças propostas para a educação médica só passarão a afetar os serviços após dez ou quinze anos de sua implementação. A escola médica e a universidade podem empregar seu potencial e recursos a fim de enfrentar este desafio, uma vez que o processo de envelhecimento não é uma realidade futura, mas presente no cotidiano dos profissionais e da população. As medidas para este enfrentamento na graduação podem ser estimuladas desde já, enquanto se colocam em prática estratégias como a educação permanente e continuada para os profissionais em atuação.

É possível avançar na formulação de programas de especialização mais comprometidos com a formação de profissionais aptos. Inclui a reestruturação dos programas de residência em geriatria e gerontologia e também os de clínica médica e saúde da família, e aponta para a definição de prioridades de investimentos a partir da definição do número de profissionais necessários e sua distribuição pelas regiões do país.

Colaboradores

LB Motta trabalhou na concepção teórica, elaboração, redação e revisão bibliográfica; AC Aguiar trabalhou na elaboração e redação final do texto.

Referências

1. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil** 1996; 5 jan.
2. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for Biomedicine. **Science** 1977; 196(4286):129-36.
3. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. de Saúde Pública** 2003;19(3):793-7.

4. Silvestre JA. **Capacitação em saúde do idoso**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1999.
5. Motta LB. Levantamento do perfil de idosos internados em um hospital geral: análise do processo de internação frente às demandas da população geriátrica. **Textos sobre Envelhecimento** 2001; 3(6):47-77.
6. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 . Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil** 1990; set. 20
7. Plano de Ação Governamental Integrado para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso. Brasília, DF: Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Assistência Social, 1996.
8. Parecer nº 1301 de 2003. Estatuto do Idoso. Projeto de Lei da Câmara nº 57. Brasília, DF: Senado Federal, Comissão Diretora; 2003.
9. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
10. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro RE, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO; 2001.
11. Leavell HR, Clark EG. **Medicina preventiva**. 2ª ed. São Paulo: Mc GrawHill; 1976.
12. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev de Saúde Pública** 2001; 35(1):103-9.
13. Adams WL, Mcilvain HE, Lacy NL, Magsi H, Crabtree BF, Yenny SK, Sitorius MA. Primary care for elderly people: why do doctors find it so hard? **The Gerontologist** 2002; 42(6):835-42.
14. Cohen HJ. Geriatric education: a model for integration. In: **Proceedings of the 28th Annual Meeting Association for Gerontology in Higher Education**. Pittsburgh, USA; 2002. **The Beverly Lecture on Gerontology and Geriatrics Education**. New York, Washington, USA: Association for Gerontology in Higher Education; 2002. p. 1-23.
15. Lück H. **Pedagogia interdisciplinar: fundamentos teórico-metodológicos**. 10ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
16. Vasconcelos EM. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis: Vozes; 2002.
17. Martins de Sá JL. Gerontologia e interdisciplinaridade - fundamentos epistemológicos. **Gerontologia** 1998; 6(1):41-5.
18. Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. Formação. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência 2001; 1(2):5-15.
19. Depresbiteris L. Certificação de competências: a necessidade de avançar numa perspectiva formativa. Formação. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência 2001; 1(2): 27-38.

20. Perrenould P. A noção de competência In: _____. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas;1999. p. 19-33.
21. Ramos MN. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. Formação. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência 2001; 1(2): 17-26.
22. Sacristán JG. Aproximação ao conceito de currículo In: _____. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. 3ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2000. p. 13-53.
23. American Geriatrics Society Education Committe And Policy Advisory Group. Education in Geriatric Medicine. **J AGS** 2001; 49:223-4.
24. American Geriatrics Society Public Committee. Care management position statement. **J AGS** 2000; 48:1338-39.
25. American Geriatrics Society. Cultivating Posistive Attitudes. [acessado em 2002 Jun 24]. Disponível em:<http://www.americangeriatrics.org>
26. Keller I, Makipaa A, Kalache A. **Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum**. World Health Organization; 2002.
27. Feuerwerker L, Costa H, Rangel ML. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade. **Divulgação em Saúde para debate** 2000; 22: 36-48.
28. Aguiar A, Cordeiro H. Integração Horizontal e Vertical no Currículo de Medicina da Universidade Estácio de Sá. **Revista da ABEM** 2004. No prelo.
29. Lei 9394 de 20 de Dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação. **Diário Oficial da União** 1996; 20 dez.
30. British Geriatrics Society. Core Content of the Undergraduate Curriculum in Elderly Care Medicine. British Geriatrics Society Compendium Document 2000. Document F2.
31. Joint Committee On Higher Medical Education. **Higher Medical Training Curriculum for Geriatric Medicine**. London: Joint Committee on Higher Medical Education; 2003.
32. OMS. Envelhecimento ativo: um Projeto de Saúde Pública. In: **Anais do 2º Encontro Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento**; 2002 Madri, Espanha. Madri: OMS, 2002.