

CRISTIANE RODRIGUES MOTA

**O PAPEL DO PROFISSIONAL GERONTÓLOGO BACHAREL NA PERCEPÇÃO
DE OUTROS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE SÃO CAETANO DO SUL,
SÃO PAULO**

SÃO PAULO

2018

Mota, Cristiane Rodrigues

O papel do profissional gerontólogo bacharel na percepção de outros profissionais da saúde de São Caetano do Sul, São Paulo.

Cristiane Rodrigues Mota. – São Paulo, 2018.

xvii, 122f.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde.

Título em inglês: The role of the professional gerontologist in the perception of other health professionals in Sao Caetano do Sul city, São Paulo.

1. Saúde do Idoso. 2. Gerontologia. 3. Equipe de Assistência ao Paciente. 4. Prática Profissional.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

MESTRADO PROFISSIONAL

Diretor do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS):
Professor Doutor Nildo Alves Batista

**Coordenadora do Programa de Pós Graduação Mestrado Ensino em Ciências da
Saúde :**
Professora Doutora Elke Stedefeldt

CRISTIANE RODRIGUES MOTA

**O PAPEL DO PROFISSIONAL GERONTÓLOGO BACHAREL NA PERCEPÇÃO
DE OUTROS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE SÃO CAETANO DO SUL, SÃO
PAULO**

*Dissertação apresentada ao Centro de Desenvolvimento
de Estudos do Ensino Superior em Saúde – CEDESS da
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, como
requisito para obtenção do título de Mestre Profissional
em Ensino em Ciências da Saúde.*

Orientador: Prof. Dr. José A. Maia

São Paulo

2018

CRISTIANE RODRIGUES MOTA

**O PAPEL DO PROFISSIONAL GERONTÓLOGO BACHAREL NA PERCEPÇÃO
DE OUTROS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE SÃO CAETANO DO SUL, SÃO
PAULO**

São Paulo, 03 de dezembro de 2018

Orientador: Prof. Dr. José Antonio Maia

Presidente da Banca:

Prof. Dr. José Antonio Maia

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Cristina Zukowsky Tavares

Profa. Dra. Elizabeth Yu Me Yut Gemignani

Profa. Dra. Maysa Seabra Cendoroglo

Suplente: Prof. Dr. Henrique Salmazo da Silva

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	viii
AGRADECIMENTOS.....	ix
EPÍGRAFE.....	xi
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiii
LISTA DE FIGURAS	xiv
LISTA DE QUADROS.....	xv
LISTA DE ABREVIATURAS	xvi
I. INTRODUÇÃO.....	1
II. OBJETIVOS	4
A. GERAL	4
B. ESPECÍFICOS.....	4
III. REFERENCIAL TEÓRICO.....	5
A. O envelhecimento populacional no Brasil	5
1. Principais determinantes das mudanças na pirâmide populacional no Brasil.....	5
2. Mudanças nos paradigmas de saúde e envelhecimento bem sucedido	9
3. O Sistema Único de Saúde e o direito à saúde da pessoa idosa.....	15
4. O idoso e a demanda de um cuidado diferenciado à saúde	18
5. O cuidado do idoso em uma perspectiva de equipe multiprofissional	23
B. A gerontologia: uma profissão da contemporaneidade.....	30
1. O surgimento da gerontologia internacionalmente	33
2. O perfil de competências do gerontólogo: o que ocorre no mundo?	38
3. O desenvolvimento da gerontologia no Brasil: formação profissional e mercado de trabalho	41
4. O surgimento da graduação em Gerontologia.....	43
5. A profissão do gerontólogo bacharel no Brasil	54
IV. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	57
A. População / Universo.....	57
B. Amostra pesquisada	59
C. Coleta de dados.....	61
D. Instrumentos de coleta de dados.....	62

E. Metodologia de análise dos dados	64
F. Limitações da pesquisa	65
V. RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
A. Profissionais que prestam cuidado aos idosos: as dificuldades na prática.	66
B. Conhecimento, formação e atuação profissional do gerontólogo.....	69
C. Possíveis motivações para ausência do gerontólogo no mercado de trabalho	80
D. Valorização do profissional gerontólogo na equipe	83
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
VII. BIBLIOGRAFIA.....	Erro! Indicador não definido.
VIII. ANEXOS	103
Anexo 1 – Roteiro norteador da entrevista semi-estruturada.....	103
Anexo 2 – Termo de anuência para realização da pesquisa	104
Anexo 3 - Termo de consentimento livre e esclarecido	105
Anexo 4 – Parecer Consubstanciado do CEP	106

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família:

Henrique, amor da minha vida e
companheiro de todos os momentos,
Ana Maria, minha mãe e inspiradora,
Valdenir, meu pai, amigo e fortaleza,
Rodrigo, meu irmão amado e
melhor amigo sempre,
Daiane, minha cunhada amada,
Vilma, minha sogra querida,
Manoel, meu sogro querido e
meus adorados sobrinhos **Vinícius, Vitor**
e Mariane, alegrias da minha vida.
Amo todos vocês!

Dedico também a todos os **gerontólogos**
que enfrentam as dificuldades que advêm
de uma nova profissão e se mantêm
perseverantes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por me permitir vivenciar esta etapa tão importante da minha vida.

Agradeço também:

Ao meu esposo Henrique, pelo carinho, paciência e parceria. E aos demais familiares por todo o amor e compreensão durante esse longo caminho e por serem meu alicerce sempre.

Ao meu querido orientador, Professor José Antônio Maia, que com seus conhecimentos e imensa generosidade me guiaram na descoberta desse mundo da pesquisa. Agradeço por todo o tempo que dedicou em me ajudar, desde nosso primeiro contato. Sem você eu não teria conseguido nada disso.

Ao Professor Sergio Schenkman, que me apoiou quando ingressei na UNIFESP e criou meios para que eu concluísse a graduação em Gerontologia. Além disso me incentivou a nunca parar de estudar.

Aos Professores da Disciplina de Microbiologia da UNIFESP, Beatriz Castilho, Beatriz Guth, Isabel Scaletsky, Rosa Maria, Mario Janini, Sylvia Leão e Tânia do Amaral, por permitirem que eu participasse deste mestrado profissional e me ausentasse do trabalho durante as aulas; por me apoiarem e serem sempre compreensivos. Meu muito obrigado.

Aos amigos da Disciplina de Microbiologia da UNIFESP, por estarem sempre dispostos a ajudar e torcerem pelo meu sucesso nessa empreitada. Agradeço especialmente à minha amiga Mônica, por ter me ajudado a conquistar esse sonho. Você é extraordinária.

Aos professores do CEDESS por terem me ensinado tanto, pela amizade e disponibilidade. E aos amigos da turma de 2016 pelos maravilhosos momentos compartilhados.

Aos profissionais da saúde de São Caetano do Sul, participantes da pesquisa, que me receberam tão bem e concordaram em participar dessa pesquisa. Sem vocês esse trabalho não existiria. Que seus caminhos sejam sempre iluminados.

A todos os gerontólogos que, mesmo sem me conhecer, dispuseram de seu tempo para me receber e compartilharam seu conhecimento. E aos amigos gerontólogos de longa data, agradeço por me indicar caminhos, ouvir minhas dúvidas e inquietações, compartilhar sua sabedoria e serem sempre tão companheiros.

Aos meus amigos Rosa Ichikawa, Simael, Gabriel, Sofia, Camila, Karina, Marcos, Marlei, Clélia, e todos os professores e alunos do Instituto Apostólico, por fazerem a vida ficar imensamente mais gostosa.

EPÍGRAFE

*“Sei que eu ainda não sou quem eu gostaria
de ser;
Eu não sou quem eu poderia ser, não sou
quem eu deveria ser.
Mas graças a Deus eu não sou mais quem
eu era!”*

(Martin Luther King Jr.)

RESUMO

O envelhecimento da população é uma realidade inegável. Tal fenômeno deve-se, dentre outros, à disponibilização de uma gama de recursos tecnológicos diagnósticos e terapêuticos voltados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. A par da tecnologia, a formação dos profissionais envolvidos com a atenção à saúde desempenha um papel fundamental, ampliando o olhar sobre o envelhecimento humano. Neste contexto, é criado o curso de bacharelado em Gerontologia no Brasil, formando profissionais generalistas e com uma visão integral e ampla sobre o processo de envelhecimento. Dado que os primeiros egressos se formaram no ano 2009 e que a profissão se encontra em processo de consolidação, há poucos profissionais atuando no mercado de trabalho. Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi caracterizar o conhecimento de profissionais de saúde sobre a atuação do gerontólogo bacharel nas equipes, correlacionando o reconhecimento social da profissão como uma possível determinante da inserção do profissional no grupo de trabalho. Para tal, foram realizadas entrevistas com profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e de uma Unidade Básica de Saúde, ligada a um Centro Integrado de Saúde e Educação voltado para a terceira idade no município de São Caetano do Sul. O município foi escolhido por concentrar um grande contingente de indivíduos idosos, para os quais têm sido historicamente formuladas políticas de atenção à saúde. Os resultados, gravados e posteriormente transcritos, foram objetos da análise de conteúdo sob a perspectiva de Laurence Bardin, sendo agrupados por semelhança de significados. Observou-se que os entrevistados haviam tido pouco ou nenhum contato com o graduado em gerontologia. A maioria desconhecia as funções e a formação do gerontólogo bacharel, frequentemente confundindo-o com a figura do médico geriatra. Observou-se também uma flagrante omissão na não inclusão de um gerontólogo na equipe de saúde, o que, segundo os próprios participantes, poderia não apenas melhorar a atenção aos indivíduos atendidos, mas influenciar positivamente em sua própria visão do envelhecimento e da prestação de cuidados necessários aos gerontes.

Palavras-Chave. Saúde do Idoso; Gerontologia; Equipe de Assistência ao Paciente, Prática Profissional.

ABSTRACT

The population ageing is an undeniable reality. This phenomenon is due, among others, to the availability of a range of diagnostic and therapeutic technological resources focused on the disease prevention and health promotion. Alongside the technology, the training of professionals involved with the attention to health plays a key role, expanding the look on human aging. In this context, it has been created the career in Gerontology in Brazil, forming generalist professionals with a full and comprehensive view on the aging process. Since the first graduates formed in the year 2009, the career is in consolidation process, there are few professionals working in the labor market. In this sense, the aim of this study was to characterize the recognition of primary health care professionals about the gerontologist performance in the team, and to correlate the social recognition of the profession as a possible determinant of the professional insertion in the working team. For that purpose, interviews were carried out with professionals from the Center for Family Health Support and from a Basic Health Unit, linked to an Integrated Health and Education Center focused on the third age of São Caetano do Sul city. This city was chosen due it concentrates a large contingent of elderly individuals, for whom health care policies have historically been formulated. The results, recorded and subsequently transcribed, were objects of the analysis of content from the perspective of Laurence Bardin, being grouped together by similarity of meanings. It was observed that the interviewees had had little or no contact with the graduate in gerontology. Most of them were unaware of the functions and formation of the gerontologist, often confusing him with the figure of the doctor geriatrician. It was also observed a flagrant omission in the non-inclusion of a gerontologist in the health team, which, according to the participants themselves, could not only improve attention to the individuals served, but positively influence in their own view of the aging and care needed for the elderly.

Key words: Elderly health; Gerontology: Patient care team, Professional practice.

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1 – Composição absoluta da população, por idade e gênero no Brasil – 1980/2050.	08
Figura 2 – População por idade e gênero no Brasil – 1980/2050	08
Figura 3 – Estrutura do Curso de Bacharelado em Gerontologia na UFSCar ao longo dos seus oito semestres (Adaptado de Pavarini, 2009).	46
Figura 4 – Modelo de Profissionalização dos Gerontólogos.	52

LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro 1 – Principais locais de atuação do profissional gerontólogo.	53
Quadro 2 – Principais funções exercidas pelo gerontólogo	54

LISTA DE ABREVIATURAS

ABG - Associação Brasileira de Gerontologia

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AGHE - Association for Gerontology in Higher Education

AME - Ambulatórios Médicos de Especialidades

CAS - Comissão de Assuntos Sociais

CDH - Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa

CISE - Centro Integrado de Saúde e Educação

COMTID - Coordenadoria Municipal da Terceira Idade

CPF – Cadastro de Pessoa Física

CRI – Centro de Referência à Saúde do Idoso

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

E - Entrevistado

eSF - equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FAI - Faculdades Adamantinenses Integradas

GC - Gestor de Casos

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG - Organização Não Governamental

ONU - Organização das Nações Unidas

OSS - Organização Social de Saúde.

PDI - Plano de desenvolvimento institucional

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PSF - Programa de Saúde da Família ou Estratégia de Saúde da Família

PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

PUC-SP - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

R1 – primeiro ano de residência médica

RG – Registro Geral ou Carteira de Identidade

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SBG - Sociedade Brasileira de Geriatria

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SESC - Serviço Social do Comércio

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFSCAR - Universidade Federal de São Carlos

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

USCS - Universidade Municipal de São Caetano do Sul

USP - Universidade de São Paulo

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

I. INTRODUÇÃO

Sou bacharel em Gerontologia pela Universidade de São Paulo (USP) desde 2009. E embora o curso seja oferecido pela USP e pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) há alguns anos, acredito que ainda é pouco conhecido, tanto entre os profissionais da saúde, quanto na população em geral.

É muito frequente que pessoas, em geral, quando me perguntam sobre minha formação, desconheçam a existência dos bacharéis em gerontologia. Algumas até conhecem gerontólogos formados por programas de pós-graduação em gerontologia, mas quando explico que cursei graduação nesta área, admiram-se e me interrogam quais as atribuições de minha profissão, qual o mercado de trabalho em que podemos atuar, dentre outras questões. Mesmo quando converso com médicos ou outros profissionais da área da saúde, são poucos os que conhecem a formação e os atributos dos profissionais gerontólogos.

Por este motivo, senti-me instigada a pesquisar esta questão e investigar o que falta para que a profissão seja efetivamente conhecida e valorizada. O questionamento pode ser posto de uma forma mais metódica: desde 2009, quando foi formada a primeira turma do Curso de Bacharelado em Gerontologia do Brasil, existe um contingente de gerontólogos buscando, com dificuldades, uma inserção no mercado de trabalho. Portanto, que fatores determinam esta dificuldade? Quais são as consequências da falta de conhecimento, por parte de outros profissionais e de gestores, a respeito da atuação profissional dos gerontólogos? O que é necessário para que este quadro de “invisibilidade profissional” seja reparado? É necessário que se conheça mais sobre este profissional e sua perspectiva de contribuição para o cuidado à saúde da pessoa idosa.

Recentemente foi veiculada uma reportagem extensa em um importante canal de televisão do país, na qual se tratava do tema do envelhecimento no Brasil, apresentando os bacharéis em gerontologia. Contudo, foi mostrado apenas um perfil assistencialista do gerontólogo, como um cuidador de idosos, sem citar as demais abrangências da profissão, tais como: atendimento ao idoso saudável, gerenciamento

de centros de convivência para idosos, participação em equipes de saúde, realização de programas de estimulação e treino cognitivo, atenção ao contexto social e familiar do idoso, dentre outros. Desta forma, permanece o desconhecimento da população e até mesmo da mídia, o que motiva um maior conhecimento de tal realidade, possibilitando assim propor estratégias para uma melhor divulgação da atuação destes profissionais.

Cabe salientar que atualmente existem pelo menos três classes profissionais voltadas para o cuidado dos idosos no Brasil: os geriatras, os gerontólogos especialistas, e os gerontólogos bacharéis. Os geriatras são médicos especialistas no envelhecimento, que após a formação inicial fizeram a residência em Geriatria. Já os gerontólogos especialistas são profissionais não médicos que fizeram graduação em diversas áreas e depois se especializaram em Gerontologia. E os gerontólogos bacharéis são profissionais não médicos que fizeram diretamente a graduação em Gerontologia. As três classes estão habilitadas a prestar atendimento aos idosos, porém cada uma tem um papel diversificado frente ao cuidado e observa a pessoa idosa sob uma ótica própria.

Deve-se diferenciar claramente a geriatria da gerontologia para que sejam melhor compreendidas. Destas duas áreas citadas, a geriatria é a mais antiga, criada em 1909 pelo médico norte-americano Ignaz L. Nascher como um novo ramo da medicina dedicado a estudar as doenças associadas à velhice (LEME, 2002). Portanto, é considerada o ramo da medicina voltada para a promoção da saúde e ao tratamento de doenças e incapacidades da população de idosos (TAVARES et al., 2008). A gerontologia, por sua vez, foi criada em 1903 por Elie Metchinikoff e é o ramo do conhecimento que estuda o processo de envelhecimento em suas dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais, econômicas e históricas (TAVARES et al., 2008).

No Brasil, a geriatria e a gerontologia se consolidam a partir da década de 1960, com a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e o desenvolvimento do trabalho social com idosos do SESC. Mas é a partir da década de 1980 e 1990 que essas áreas passam a investir na formação acadêmica e técnica dos profissionais, por meio da criação dos cursos de pós-graduação em gerontologia

lato sensu, stricto sensu e habilitação de especialista em gerontologia a profissionais vinculados à SBGG. Estão em jogo o emergente processo de envelhecimento populacional e a expressiva necessidade de traçar políticas sociais e públicas para a população idosa, até então, uma realidade nova para o país. Mais recentemente, na década de 2000, são criados os primeiros cursos de bacharelado em gerontologia, seguindo a tendência de países europeus, latino americanos e outros, que já ofertavam o curso.

A criação desses cursos foi motivada pela necessidade de integrar os cuidados e formar gestores de cuidados que pudessem atuar em diferentes equipamentos para pessoas idosas, incluindo os diversos espaços sociais e da atenção à saúde, tanto de nível primário quanto terciário, ou da atenção de baixa e alta complexidade. Verifica-se, portanto, que a gerontologia vem se consolidando como campo de práticas profissionais, buscando intervir nas questões que afetam o cotidiano e a vida dos idosos e das pessoas que envelhecem.

Nesse contexto, o presente estudo volta-se para a caracterização do conhecimento de profissionais de saúde sobre a atuação do gerontólogo nas equipes, correlacionando o reconhecimento social da profissão como uma possível determinante da inserção do profissional no grupo de trabalho. Discute-se também o processo de reconhecimento desta profissão, na perspectiva dos profissionais da saúde envolvidos com os cuidados à saúde de idosos e por fim sua valorização, em nosso meio.

II. OBJETIVOS

A. GERAL

Caracterizar o conhecimento de gestores e profissionais de saúde a respeito da atuação do gerontólogo bacharel na equipe que cuida de pessoas idosas, situando o reconhecimento social da profissão como uma possível determinante da inserção do profissional no grupo de trabalho.

B. ESPECÍFICOS

- Situar o gerontólogo bacharel no cuidado multiprofissional ao idoso, considerando-se a especificidade de suas funções.
- Mapear o conhecimento de gestores e membros de equipes multiprofissionais atuantes no SUS, na atenção básica à saúde de idosos, a respeito da atuação real e potencial do gerontólogo bacharel no processo de cuidado à saúde de senis.

Desta forma, objetiva-se oferecer subsídios para a formação em gerontologia, a fim de que se entendam lacunas que expliquem o porquê de a profissão ser ainda pouco conhecida em nosso meio, bem como fundamentando propostas que resultem no aprimoramento acadêmico, formando, assim, profissionais adequados às necessidades do mercado de trabalho contemporâneo.

III. REFERENCIAL TEÓRICO

A. O envelhecimento populacional no Brasil

1. Principais determinantes das mudanças na pirâmide populacional no Brasil

O envelhecimento populacional se deu inicialmente em alguns países da Europa ocidental no final do século XIX. Posteriormente foi se tornando realidade nos demais países considerados do primeiro mundo e, nas últimas décadas, também é observado em diversos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Ainda segundo estes autores, o aumento da expectativa de vida aliado ao declínio das taxas de fecundidade resulta em um processo de transição demográfica, caracterizado pelo envelhecimento progressivo da população. Esse processo é mundial.

Quando se observa tal transição no Brasil, nota-se que desde o século XIX até meados da década de 1940, o país caracterizava-se pela prevalência de altas taxas de natalidade e de mortalidade. Após esse período, com o avanço da saúde coletiva, incluindo a incorporação científico-tecnológica da medicina nos cuidados à população - em particular o uso dos antibióticos então recém-descobertos no combate às enfermidades infectocontagiosas e importados no pós-guerra. O país experimentou então uma primeira fase em sua transição demográfica, marcada pelo início da queda das taxas de mortalidade. Observa-se que o Brasil diminuiu praticamente pela metade sua taxa bruta de mortalidade em apenas 20 anos, entre as décadas de 1940 e 1960, enquanto os países desenvolvidos levaram aproximadamente 100 anos para o mesmo processo (IBGE, 2013).

Na segunda metade do século XX, iniciou-se também uma transição epidemiológica. O número de mortes causadas por doenças infecciosas, respiratórias e parasitárias começa, gradativamente, a perder importância frente ao número de mortes causadas por doenças que se relacionam com a degeneração do organismo, como o câncer e as doenças cardiorrespiratórias, entre outras (IBGE, 2013).

Em 1950, por exemplo, a probabilidade de um recém-nascido no Brasil sobreviver até os 15 anos era inferior a 80%. Para os que nasceram após o ano de 2000, esta mesma probabilidade é próxima a 95%. Em faixas etárias mais elevadas também é possível observar estas mudanças, pois, durante os anos 50, apenas metade da população sobreviveria até a idade de se aposentar (WONG; CARVALHO, 2006). Em contrapartida, Sawyer *et al.* (1999) indicam que pelo menos 80% dos nascidos recentemente atingirão a idade de 60 anos. Baseando-se nisso, acredita-se que o declínio da mortalidade provavelmente se concentrará nos indivíduos de idade mais avançada.

De fato, desde o início do século XX, tem sido observado um aumento sensível da média na expectativa de vida da população brasileira. Para um brasileiro nascido durante a segunda guerra mundial, por exemplo, a expectativa de vida era de apenas 39 anos. Nos anos 80 ela estava acima de 65 anos (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987). Já no ano de 2012, a expectativa de vida passou a ser de 74 anos (IBGE, 2013). Para a América Latina, há previsão de que em 2025, para cada grupo de 10 idosos, um chegará a viver por mais que 80 anos. Além disso, projeções de 2009 indicavam que a população idosa aumentaria continuamente, aproximando-se de 20% da população total brasileira em 2050 (PEREIRA; SCHNEIDER; SCHWANKE, 2009).

De acordo com Ramos (2011), até o ano de 2025 os brasileiros assistirão a um *boom* de idosos e o país terá a 6ª maior população senil do planeta, com mais de 32 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

A Organização das Nações Unidas (ONU) adota como ponto de corte a idade de 65 anos para que os indivíduos sejam definidos como idosos nos países considerados desenvolvidos. É esta também a idade adotada pela maioria da literatura especializada em geriatria e gerontologia. Entretanto, para os países em desenvolvimento, como o Brasil, é aceita como o ponto de transição para o segmento idoso a idade de 60 anos (PASCHOAL, 2002). Portanto, no presente trabalho, será considerado idoso o indivíduo a partir de 60 anos de idade.

Outra definição possível da classificação etária é a que adota como ponto de transição entre as terminologias da terceira e quarta idade, a idade cronológica em que 50% dos indivíduos que fazem parte da mesma coorte de nascimento já não estão

mais vivos. Assim, de acordo com esse critério, para os países desenvolvidos, o início da denominada quarta idade estaria próximo aos 80 ou 85 anos. Entretanto, no Brasil, adota-se a idade de 85 anos para a quarta idade (BALTES; SMITH, 2006).

Contudo, é importante enfatizar que não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural e contínuo que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do indivíduo, por meio de suas escolhas e das circunstâncias que encontra. Porém, embora a população idosa seja expressiva no Brasil, o preconceito contra esta fase da vida e a negação da sociedade quanto a esse processo contribuem para a dificuldade de se pensar políticas específicas para tal grupo populacional. Ainda há os que pensam que os recursos direcionados para a infância são investimento, enquanto os recursos direcionados à velhice são apenas gastos (BRASIL, 2006a).

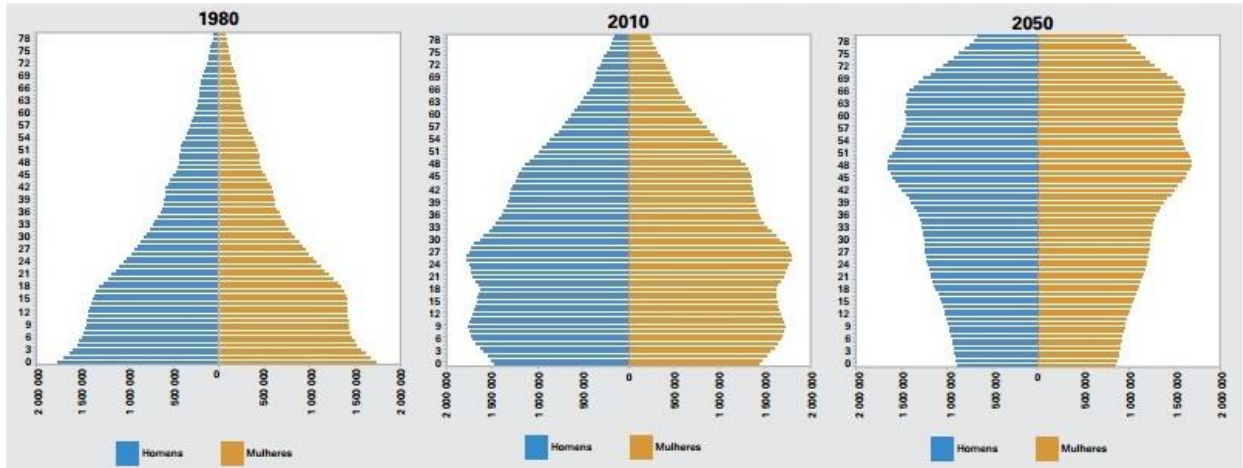
A Organização Mundial da Saúde (2004) enfatiza sistematicamente a importância de se adotar uma abordagem que procure entender de maneira global os fenômenos do envelhecimento, incluindo todo o ciclo de vida e tendo em vista os determinantes da saúde. Além disso, preconiza que os idosos se mantenham produtivos e saudáveis em suas famílias e comunidades e tenham continuamente disponíveis os serviços de saúde e assistência social (OMS, 2004).

A relevância da atuação do gerontólogo apoia-se em estimativas que apontam que nas três primeiras décadas deste século, o Brasil atingirá a proporção de 14% de idosos de sua população total. Entretanto, ao compararmos estas estatísticas com os países europeus, notamos que eles levaram cem anos para alcançarem esta proporção (OLIVEIRA, 2014). Como resultado, surge a necessidade de implementação de programas de saúde voltados especificamente para o cuidado da população idosa, com o intuito de dar conta deste fenômeno no campo da saúde coletiva (GORZONI; JACOB FILHO, 2008; NASRI, 2008). O aumento na sensibilidade dos pesquisadores para este problema pode ser atestado pelo aumento de publicações na área (NERI, 2000).

Sucessivas pirâmides etárias, apresentadas na figura 1 a seguir, são ilustrativas das transformações impressionantes observadas e projetadas a respeito

da estrutura populacional por gênero e idade no Brasil, ao longo do período de 1980-2050 (IBGE, 2008).

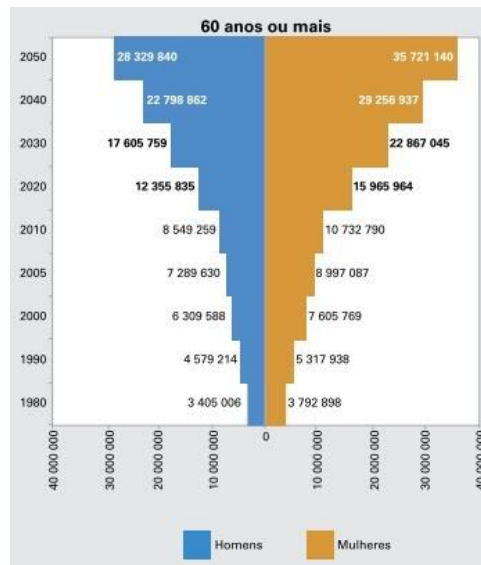
Figura 1 – Composição absoluta da população, por idade e gênero no Brasil – 1980/2050.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008.

As modificações resultantes da pirâmide populacional, com o aumento da população idosa, em uma sequência temporal, podem ser observadas na figura 2.

Figura 2 – População por idade e gênero no Brasil – 1980/2050



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008.

É importante salientar que a transição demográfica se manifesta em diferentes fases ao redor do mundo. Juntamente com a transição epidemiológica, resultam no principal fenômeno demográfico do século XX, conhecido como envelhecimento populacional. Esta realidade exige uma reorganização substancial do sistema de Saúde, pois essa população demanda cuidados que são um desafio, por conta das doenças crônicas que apresentam, além do fato de que os indivíduos podem apresentar disfunções orgânicas próprias, nos últimos anos de suas vidas (NASRI, 2008).

2. Mudanças nos paradigmas de saúde e envelhecimento bem sucedido

Desde a antiguidade até o século XXI, entendia-se saúde como a ausência de enfermidade (doença, deficiência, invalidez). Ou seja, o estado em que se revelava equilíbrio do organismo. Assim, gozar de saúde significava apenas não padecer de enfermidade, estar em harmonia consigo mesmo e com o meio (SÁ JUNIOR, 2005).

Entretanto, a definição de saúde foi sendo continuamente aprimorada. Segundo Fleck *et al.* (1999), a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo e não simplesmente a ausência de doenças. Ainda assim, as diferentes áreas da medicina geralmente priorizaram o estudo da doença e o desenvolvimento de maneiras de mensurar sua frequência e intensidade.

Quando se pensa em bem-estar, o primeiro significado que se visualiza é a noção subjetiva de sentir-se bem, de não ter queixas, não apresentar sofrimento somático ou psíquico, nem ter consciência de qualquer lesão estrutural ou de prejuízo do desempenho pessoal ou social (inclusive familiar e laboral). Neste sentido, bem-estar vai significar sentir-se bem e não apenas não se sentir mal (SÁ JUNIOR, 2005).

Ramos (2003, p.794) ressalta que “(...) o bem estar na velhice, ou saúde num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões”.

Embora grande parte dos idosos apresentem pelo menos uma doença crônica, não são todos que se sentem limitados por ela, e grande parte deles consegue levar uma vida normal, desde que suas enfermidades sejam controladas. Desta forma, um idoso nestas condições pode ser considerado saudável se comparado com outro que tenha as mesmas doenças, porém sem controle e com a presença de sequelas e incapacidades associadas. Entretanto, uma visão mais crítica indica que a concepção de saúde da OMS mostra-se inadequada para traduzir o universo de saúde dos idosos, uma vez que não ter nenhuma enfermidade é privilégio de poucos idosos e o “completo bem-estar” pode ser alcançado por muitos, independentemente da presença ou ausência de alguma moléstia (RAMOS, 2011).

Contudo, bem-estar também significa condição de satisfação das necessidades (conscientes ou inconscientes, naturais ou psicossociais) dos seres humanos. Implica na satisfação das necessidades biológicas, no bem-estar físico; das necessidades psicológicas, no bem-estar mental; e das necessidades sociais e no bem estar social. Não se trata de ter apenas satisfeitas todas essas necessidades, mas sentir-se perfeitamente (ou completamente) atendidas, como explicita a própria OMS (SÁ JUNIOR, 2005).

Desta forma, passou-se a valorizar o conceito de Qualidade de Vida estabelecido por um grupo criado *ad hoc* da OMS, como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHO, 1995). Nesta definição fica subentendido que o conceito de qualidade de vida é individual e subjetivo, envolvendo diversos aspectos da vida de cada pessoa, e que inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos (FLECK *et al.*, 1999).

A avaliação de qualidade de vida também tem sido crescentemente aplicada em diferentes áreas do conhecimento, em que pese a falta de um consenso sobre sua definição (TRENTINI, 2004). Inúmeros significados podem ser atribuídos ao conceito de qualidade de vida. Na medicina, por exemplo, muitas vezes o conceito está associado à relação custo/benefício necessária para a manutenção da vida ou da capacidade funcional dos doentes. Na área da economia, relaciona-se com medidas objetivas, tais como renda *per capita*, que serve de indicador do grau de acesso das

populações aos serviços de educação, saúde, habitação, dentre outros. No campo da política e sociologia, os conceitos de qualidade de vida são utilizados com um enfoque populacional e não individual. Já na psicologia social, a referência mais utilizada é a experiência subjetiva da própria vida, representada pelo conceito de satisfação (NERI, 2000).

No entanto, a preocupação com qualidade de vida especificamente na velhice ganhou destaque somente nos últimos trinta anos. Isso se deu, principalmente, em função do crescimento do número de idosos e da expansão da longevidade, fato que passou a ser observado também em um maior número de indivíduos em diversas sociedades. Além disto, houve um aumento da sensibilidade dos pesquisadores para um olhar científico sobre o tema, refletido no aumento de publicações na área (NERI, 2000).

Contudo, um outro conceito tem lugar, no escopo do presente trabalho: o de envelhecimento bem-sucedido. Há que se refletir, entretanto, que a busca de condições para que ocorra tal realidade é muito mais do que um desafio ou ideal pessoal e social. É também um tema significativo para a ciência e, ao mesmo tempo, para a sociedade em geral (NERI, 1993).

Nesta visão, a velhice pode ser entendida como um fenômeno sociovital complexo e multifacetado marcado por experiências ao longo de todo o curso da vida. No plano individual, a velhice é construída através de múltiplas trajetórias de vida e, no plano coletivo, se constrói sob diversas influências socioculturais. (LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

Segundo Birren e Bengston (1988), o envelhecimento corresponde a processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação orgânica. Acompanha-se por alterações graduais na aparência, no comportamento, na experiência e nos papéis sociais. Inicia-se em diferentes épocas para diferentes funções do organismo e ocorre em ritmo e velocidade que variam em um mesmo indivíduo ou entre indivíduos diferentes.

Ainda no contexto da literatura, Trentini (2004) cita diversos estudos que indicam que o envelhecimento não é homogêneo para toda a população idosa. As mulheres vivem, em média, cerca de seis anos a mais do que os homens

(ROSENBERG, 2006). Tal constatação tem sido atribuída a diversos fatores, tais como: as mulheres buscam assistência médica com mais frequência, dispõem de maior nível de apoio social e menor vulnerabilidade biológica. Além disso, as mulheres idosas tendem a ter problemas de saúde de longo prazo, crônicos e incapacitantes; enquanto os homens idosos tendem a desenvolver doenças de curto prazo e fatais. Como consequência, as mulheres idosas têm maior probabilidade do que os homens de ficarem viúvas, não se casarem depois e passarem mais anos com prejuízos de sua saúde, sobrevivendo de forma menos ativa e independente (KATZ *et al.*, 1983).

Em termos de representação social, um estudo realizado por Mancina, Portela e Viecili, (2008) com 403 alunos de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul permitiu conhecer a visão que os estudantes tinham a respeito do envelhecimento. Verificou-se que todos os entrevistados vêem o idoso como dependente e doente, ou seja, definem-no como alguém que apresenta limitações causadas pelo envelhecimento. Os autores assinalaram que os sujeitos possuíam referências negativas dos idosos da sua própria família, o que certamente contribuiu para a formação da representação que têm do velho. Já em relação à própria velhice, a maioria dos entrevistados nunca havia pensado em como ela seria. Os pesquisadores discutem que o fato de não considerarem sua velhice seja uma forma de não ir ao encontro dessa imagem pouco otimista

Apesar das crenças e atitudes negativas a respeito da velhice ainda terem muita influência na maneira como a sociedade encara esta fase da vida - especialmente entre as sociedades ocidentais, e, possivelmente, entre algumas sociedades orientais contemporâneas - o conhecimento conquistado através de pesquisas científicas e baseados na experiência e observação nos últimos anos, permite-nos afirmar que envelhecer não deve ser considerado sinônimo de adoecer, de expressar inatividade ou diminuição geral no desenvolvimento do indivíduo (LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

Desse modo, há novos valores e conceitos em construção. Na esfera das atitudes e estereótipos, considerar que todos os idosos são sábios ou que todos são incapazes é igualmente negativo (NERI, 2006).

Envelhecer pode ser visto como um evento progressivo e multifatorial, sendo a velhice considerada uma experiência potencialmente bem-sucedida, porém heterogênea e experimentada as vezes com menor ou maior qualidade de vida, na dependência do leque de possibilidades de cada indivíduo (LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

Cumprе salientar que os primeiros estudos realizados com gerontes foram desenvolvidas por pesquisadores de países europeus, pois, na ocasião, já podia se encontrar uma grande proporção de idosos saudáveis nessas comunidades (NERI, 2001). Tais estudos possibilitaram, mais uma vez, modificar a percepção de que o envelhecimento está diretamente associado com a degeneração do organismo. Além disso, o envelhecimento passou a ser encarado como um estágio natural do ciclo da vida, tão importante quanto qualquer outro, com suas virtudes e desafios (LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

Observa-se que muitos problemas que costumavam ser aceitos como consequências da idade avançada, atualmente são atribuídos não ao envelhecimento propriamente dito, mas a fatores resultantes do estilo de vida ou de doenças que podem acompanhar ou não o envelhecimento. Pesquisadores conceituam o envelhecimento primário como um processo gradual e inevitável de deterioração corporal que começa mais cedo na vida e continua com o passar dos anos e o envelhecimento secundário como resultados de doenças (ou abusos), fatores que, por vezes, são evitáveis e que podem ser controlados pelas pessoas (BUSSE, 1987; HORN; MEER, 1987).

Algumas mudanças tipicamente associadas com o envelhecimento favorecem a visão deste como um declínio funcional, no âmbito da aparência e da funcionalidade. A pele senil, por exemplo, torna-se mais pálida, mais manchada e menos elástica. Os cabelos vão se tornando mais brancos e ralos e a estatura diminui. Além disto, geralmente há também uma diminuição da vitalidade das funções biológicas (PAPALIA e OLDS, 2000).

No entanto, ao contrário da aparência, o declínio da saúde mental não é típico no envelhecimento. Aliás, curiosamente, a doença mental é menos comum entre adultos mais velhos do que aqueles mais jovens. Em um estudo realizado por Haug e

colaboradores (1984) com 1.300 adultos mais velhos, cerca de 7 a cada 10 mantinham ou melhoravam sua saúde mental. O que ocorre é que os transtornos mentais que efetivamente acometem os mais velhos tendem a ter consequências mais devastadoras (TRENTINI, 2004).

Segundo Ryff (1982, *apud* NERI, 1993), a satisfação tornou-se a dimensão mais frequentemente investigada quando se avalia o bem-estar na senectude.

O conceito de velhice bem-sucedida, foi proposto inicialmente por Havighurst no início da década de 1960, indicando que envelhecer bem era resultado da participação do indivíduo em atividades associadas à satisfação, à manutenção da saúde e à participação social. A introdução desse conceito causou uma mudança ideológica significativa no estudo do envelhecimento, incentivando a investigação sobre os aspectos positivos que poderiam ser observados na velhice e sobre o potencial de desenvolvimento associado à senescência (NERI, 2001).

De acordo com Neri (1993), *“envelhecer bem significa estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas positivas em relação ao futuro”*. Além disto, significa manter o delicado equilíbrio entre as limitações e potencialidades do indivíduo, permitindo que lide com as perdas inevitáveis do envelhecimento. Portanto, ao invés de enfatizar as perdas e a fragilidade que pode acometer os idosos, tal ponto de vista evidencia as importantes tarefas que os idosos podem realizar, em favor dos outros e de si mesmo

Pesquisadores do envelhecimento afirmam que 110 a 120 anos é o limite do ciclo da vida humana. Atualmente parece difícil que as pessoas venham a viver para sempre, ou mesmo cheguem aos 100 anos mas, ainda assim, novas pesquisas têm sugerido que a morte dos "velhos mais velhos" serão adiáveis (TRENTINI, 2004).

Para Neri (1993), pode-se enumerar três realidades de envelhecimento:

1. Velhice ótima: corresponde a tomar como referência algum estado ideal de bem-estar pessoal e social. com preservação da saúde objetiva, da saúde auto referida e da funcionalidade no padrão dos adultos jovens.
2. Velhice normal: corresponde à não ocorrência de doenças (acometendo principalmente a esfera biológica ou psicológica) ou ainda a algum

comprometimento, em intensidade moderada ou leve, porém suficiente para acarretar mudanças apenas parciais nas atividades da vida diária.

3. Velhice patológica: corresponde ao surgimento de degenerações decorrentes de doenças crônicas e síndromes típicas da velhice, incluindo a desorganização biológica que pode manifestar-se nos idosos, limitando severamente a vida da pessoa.

No entanto, para a realidade brasileira, o provável seria o envelhecimento com algum grau de disfunção física e funcional (NERI, 1993)

3. O Sistema Único de Saúde e o direito à saúde da pessoa idosa

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela população na Constituição de 1988. Em setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90) reafirmou esse direito com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nele estão inclusos o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção a todos e contribuindo nas diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos (BRASIL, 2006a).

A regulamentação do SUS com a Lei nº 8080, coloca em vigor os princípios do Sistema e orienta sobre a implantação de um modelo de atenção à saúde que estimule a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Em 1994 o Ministério da Saúde cria o Programa de Saúde da Família (PSF) com o objetivo de reorganizar a prática assistencial, inspirando uma nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade. Posteriormente este programa foi se tornando tão importante que deixou de ser apenas um Programa, sendo então denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006a).

Uma questão de destaque na Estratégia Saúde da Família é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, no mínimo: (a) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (b) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (c) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (d) agentes comunitários de saúde (ACSs). Além desses profissionais também podem fazer parte da equipe os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

Entretanto, vale ressaltar que o ESF não é uma peça isolada no sistema de saúde brasileiro, mas é uma realidade que articula todos os níveis de atenção. *“Por seus princípios, o Programa Saúde da Família é, nos últimos anos, a mais importante mudança estrutural já realizada na saúde pública no Brasil.”* (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000, p. 317).

Sem dúvidas, a promoção da saúde vista como um modo de pensar e de operar integradamente às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro contribui na construção de ações que permitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2010).

“Em relação à saúde pública, em geral, sabe-se que os serviços de saúde são direcionados principalmente para a saúde materno-infantil e reprodutiva e para lidar com as doenças infecciosas. Com o progresso da transição epidemiológica no Brasil, este enfoque está mudando e a saúde pública deve privilegiar políticas de prevenção, centralizando-se, por exemplo, nas doenças crônicas que, sem atenção médica, muito freqüentemente geram incapacidade. Entre as outras prioridades está, sem dúvida, a formação de recursos humanos para serviços geriátricos e gerontológicos, desde o nível primário de atenção à saúde, até tratamentos de alta complexidade.” (WONG; CARVALHO, 2006).

Neste sentido o Brasil organiza-se para corresponder ao aumento das demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, publicada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais às pessoas idosas, gerando condições para a promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando seu direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 1994).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 divulgou a Política Nacional de Saúde do Idoso, que determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao cuidado desta parcela da população elaborem ou readequem planos, projetos e atividades conforme as diretrizes nela estabelecidas. Tal política declara que a perda da capacidade funcional é o principal problema que pode afetar o idoso; isso corresponde à perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. (BRASIL, 2006a).

No ano de 2003, o Congresso Nacional aprovou e o Presidente da República à época sancionou o Estatuto do Idoso, que recebeu grande participação de entidades que defendem os interesses dos idosos na sua organização. O Capítulo IV do documento legal, por exemplo, trata do papel do SUS para assegurar o cuidado à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção. Portanto, o Estatuto do Idoso expandiu a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, sem que, entretanto fossem estabelecidas medidas para arrecadar fundos necessários à colocação em prática das ações propostas. (BRASIL, 2006a).

Observa-se que, apesar da legislação brasileira ser bastante avançada quanto a assegurar os direitos aos cuidados de saúde pela população idosa, a prática ainda é insatisfatória. Portanto, a vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda insuficiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornam urgente a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). (BRASIL, 2006a).

A Portaria nº 399/GM de fevereiro de 2006, publicou o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso é considerada como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo. São apresentadas diversas ações que visam a implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso. (BRASIL, 2006a).

A publicação do Pacto pela Vida pode ser considerada um importante avanço, principalmente no que diz respeito à saúde da pessoa idosa. Entretanto, ainda são necessárias muitas mudanças para que o SUS consiga dar conta das necessidades e demandas de saúde da população brasileira envelhecida. A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada, principalmente para aqueles que, por diversos motivos, tiveram um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que determinaram prejuízos no seu bem-estar. (BRASIL, 2006a).

Em suma, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa foi criada com o objetivo de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, orientando as medidas de saúde necessárias para esse fim, em concordância com o SUS. Ela se destina a todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006a). Entretanto, tal política denuncia algumas deficiências nos serviços oferecidos aos idosos, como número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso e a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006a).

Deve-se enfatizar que os idosos se diferenciam quanto à sua história de vida, ao seu grau de independência funcional e à sua demanda por serviços mais específicos. Então é necessário que os serviços que atendem aos idosos correspondam a necessidades específicas e ofereçam serviços também diferenciados (BRASIL, 2006a).

Nesse contexto, a comunidade e também os profissionais de saúde devem entender que medidas de prevenção e promoção de saúde não podem ser direcionadas apenas aos mais jovens, uma vez que a promoção não deve terminar quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, necessitam ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades (BRASIL, 2006a).

4. O idoso e a demanda de um cuidado diferenciado à saúde

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente tem priorizado atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o cuidado dos idosos como uma de suas prioridades.

No entanto, o modelo de saúde pública do Brasil tem mudado muito nas últimas décadas. No início do século passado a população infantil era considerada de maior risco, sendo as doenças infecciosas as mais prevalentes na população. Atualmente, a população de risco deslocou-se para os senescentes, sendo as doenças mais prevalentes as crônicas e evolutivas, que requerem métodos diagnósticos e terapêuticos complexos e dispendiosos. Muitas destas doenças não são passíveis de cura, podendo acarretar na incapacidade do indivíduo e também exigir cuidados a longo prazo (RAMOS, 2011).

Observa-se também um aumento expressivo da população muito idosa no Brasil, especialmente do segmento a partir de 80 anos. Enquanto a população geral aumentou 21,6% entre 1997 e 2007, a população acima de 60 anos aumentou 47,8% e, a acima de 80 anos, 65% (PEREIRA; SCHNEIDER; SCHWANKE, 2009).

Nos países europeus, Baltés e Smith (2006), constataram que os idosos com idade superior aos 85 anos, apresentavam maior risco de desenvolver múltiplas doenças crônico-degenerativas. Os autores citam como exemplo que 50% da parcela de indivíduos com noventa anos ou mais que participaram da pesquisa eram acometidos pela doença de Alzheimer, condição neurodegenerativa associada a demência, com progressiva perda de habilidades cognitivas e funcionais e, portanto, acarretando em elevados gastos no setor saúde. Além disso, apontam evidências de que idosos muito longevos atravessam o final de seus dias com elevado índice de comprometimento funcional, dependência e solidão.

No Brasil, ainda é bastante frequente que algum familiar assuma os cuidados dos idosos dependentes. Entretanto, as necessidades que estes idosos apresentam muitas vezes exigem uma especificidade além do que tal cuidador pode oferecer. Assim, surge a necessidade de um cuidado mais apropriado e individualizado, o que demanda capacitação profissional específica. Com efeito, diversas organizações internacionais e também as políticas nacionais apontam para a crescente exigência

da formação de profissionais capacitados para atuar no universo da gerontologia (PAVARINI et al., 2005).

Sabemos que a velhice é uma etapa da vida que praticamente todos os seres vivos irão experimentar. Entretanto, como discutido anteriormente, é necessário compreender que o cuidado dessa faixa etária demanda um olhar peculiar pelo profissional da saúde, diferente do dedicado ao adulto jovem. Decerto, existem inúmeras questões que diferenciam, no campo dos cuidados à saúde, os idosos e os mais jovens. Estas divergências vão desde a compreensão do próprio processo de senescência (processo natural de envelhecimento) e de senilidade (processo patológico do envelhecimento), como também implicam no conhecimento peculiar das apresentações clínicas das doenças (muitas vezes atípicas em idosos), das especificidades do tratamento farmacológico na população senil e do valor da promoção de saúde e da reabilitação nessa faixa etária. As transições populacionais acima mencionadas permitem antecipar um aumento de doenças crônicas, peculiares de pacientes idosos (PAVARINI et al., 2005).

Face a esta realidade, os egressos dos diversos cursos da área da saúde devem estar preparados para a realidade de que os idosos irão constituir um grande percentual de sua clientela. A demanda, por esta população, de um olhar diferenciado, específico e individual, implica no conhecimento de formas adequadas de avaliação e tratamento (KIKUCHI, 2012).

Entretanto, conforme Tavares *et al.* (2008) descrevem, em estudo realizado com acadêmicos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 61,7% dos entrevistados dos cursos de Medicina e 60,7% do curso de Biomedicina referiram a ausência de uma disciplina ou conteúdo curricular voltado para o cuidado de idosos na graduação. Dentre eles, a maioria dos alunos referiu interesse em estudar este tema, reconhecendo que é frequente o contato com idosos durante os estágios da graduação.

Em um trabalho científico, Bissoli e Cachioni (2010) referem-se a um estudo realizado em 2009 por Cha e Seo com estudantes americanos e coreanos, revelando que, quando comparados aos estudantes coreanos, os americanos receberam uma carga maior de estágios e conhecimentos sobre o envelhecimento e sobre os idosos

durante a graduação. Estes últimos estudantes também tiveram atitudes mais favoráveis em relação ao idoso, sua inteligência e capacidade física, além de apresentarem maior aptidão para trabalhar com e para os idosos. Constatou-se, portanto, que a disposição dos estudantes pesquisados (tanto coreanos quanto americanos) estava diretamente relacionada com o contato que esses haviam tido com a população idosa, durante sua formação de graduação.

No Brasil, pesquisas indicam que a população mais idosa sofre internações hospitalares com mais frequência, por períodos mais prolongados e demanda procedimentos mais dispendiosos. Em pesquisa recente (CUNHA; THOMAZ, 2011), foi constatado que nos hospitais gerais de Minas Gerais, mais de 60% dos pacientes admitidos são idosos, e a maior parte deles muito idosos, o que indica que cada vez mais os leitos hospitalares serão utilizados por pacientes nesta faixa etária. Desta forma, a tendência observada é que a comunidade médica terá que se familiarizar cada vez mais com as peculiaridades inerentes aos cuidados geriátricos, o que compreende o planejamento e a realização de novas alternativas para a promoção e a assistência à saúde.

Frente a este contexto, Ramos (2011) afirma que o sistema de saúde terá que suprir uma demanda crescente por procedimentos diagnósticos e terapêuticos das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial as cardiovasculares e as neurodegenerativas, o que reafirma a demanda por mais serviços de reabilitação física e mental. O autor também alerta para a necessidade de se estabelecerem indicadores de saúde que permitam identificar idosos com alto risco de perda funcional e que se orientem ações em favor da promoção de saúde destes. Tais iniciativas devem incluir um significado prático para os profissionais da atenção básica de saúde apresentando, ao mesmo tempo, uma relação custo-benefício aceitável para os responsáveis em administrar os escassos recursos destinados à saúde.

Também com vistas ao envelhecimento populacional e o impacto que este fenômeno traz para a saúde pública, Gorzoni e Jacob Filho (2008) alertam para as necessidades da implementação a curto prazo das seguintes medidas: (i) ações para prevenção de doenças e promoção da saúde com relação às doenças mais prevalentes nesta faixa etária; (ii) manutenção da independência e da vida ativa pelo

maior tempo possível da população; (iii) acesso disseminado a informações sobre envelhecimento entre o próprio público e os profissionais que lidam diretamente com ele; e por fim (iv) incentivo à formação de equipes especializadas no cuidado de indivíduos nessa faixa etária.

Com a globalização econômica, os problemas de formação de recursos humanos na área da saúde acabam sendo também incluídos. Desta forma, é comum os diversos países das Américas apresentarem os mesmos problemas de escassez de profissionais, particularmente em algumas categorias, de imigração para países desenvolvidos com oportunidades melhores, de desequilíbrios entre zonas rurais e urbanas, entre ricos e pobres, dentre outros (LÓPEZ-VALCÁRCEL; PÉREZ; VEGA, 2011).

Merece destaque a escassez de recursos financeiros destinada à prestação de cuidados aos idosos. Nota-se que, apesar da implantação do Estatuto do Idoso (2003) e da Política Nacional do Idoso (1994), muitas vezes, outras faixas etárias acabam concorrendo com os idosos pelos mesmos recursos (SILVA; LIMA; GALHARDONI, 2010).

Gorzoni e Jacob Filho (2008, p.1) afirmam que *“O desenvolvimento de programas preventivos e assistenciais a idosos está se tornando o maior desafio a ser cumprido pela saúde pública brasileira neste início do século XXI”*.

Na mesma direção, Ramos (2011) discute que o maior desafio do século XXI, no Brasil, será prestar assistência para uma população com mais de 32 milhões de idosos, que majoritariamente terá baixo nível socioeconômico e educacional, além de apresentar alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes.

Os autores acima citados elencam três problemas a serem enfrentados diante do novo cenário demográfico brasileiro. Partindo-se do princípio de que o maior desafio será proporcionar um envelhecimento com mais qualidade de vida, o primeiro aspecto a ser considerado é suprir o aumento da demanda pelos serviços de saúde. Estimativas apontam que a cada 10 anos de sobrevivência do idoso, dobra o risco de declínio funcional (GORZONI e JACOB FILHO, 2008).

O desafio subsequente diz respeito a fazer frente ao envelhecimento acompanhado de múltiplas dependências, englobando a questão econômica da

dependência e da necessidade dos familiares para cuidados domiciliares adequados. Pode-se calcular o impacto financeiro desta questão quando se considera a necessidade de pelo menos um familiar parar de trabalhar para prestar o cuidado necessário, ou de dispendir parte da renda familiar para custear um cuidador (GORZONI e JACOB FILHO, 2008).

Por fim, o terceiro desafio é a formação de profissionais para prestar assistência aos idosos, uma vez que estes são formados em velocidade menor que o aumento da população longeva. Ainda os mesmos autores relatam que em consulta no ano de 2007 ao portal da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), no campo de associados titulados em geriatria, havia apenas 500 médicos no Brasil habilitados a exercer a especialidade. Considerando-se que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2000 o Brasil contava com 5.561 municípios, a proporção era na época de um médico geriatra para cerca de onze municípios brasileiros. Somado a esta escassez, está o fato da má distribuição destes médicos, uma vez que, à época da pesquisa, observava-se que mais de dois terços dos geriatras localizavam-se na região sudeste que, somando-se à região sul, totalizava mais de 80% dos médicos brasileiros formalmente habilitados para atender aos idosos (GORZONI e JACOB FILHO, 2008).

Os autores citados também consultaram o portal da Comissão Nacional de Residência Médica no ano de 2007 e constataram que eram oferecidas 52 vagas de R1 em geriatria em 18 locais diferentes do Brasil. Constataram também que a formação de geriatras no Brasil aumentava aproximadamente 10% ao ano. No entanto, conforme discutido anteriormente, este valor está muito aquém do necessário para fazer frente aos índices de envelhecimento populacional do país (GORZONI e JACOB FILHO, 2008).

5. O cuidado do idoso em uma perspectiva de equipe multiprofissional

Em consequência do aumento do número de idosos no Brasil e no mundo, é cada vez mais necessário que haja estudos sobre essa população, bem como a busca

por capacitação profissional específica e por um melhor planejamento das políticas de saúde pública (LINHARES *et al.*, 2003).

No entanto a área da saúde se depara com diversas limitações na prática profissional, tais como: (i) escasso conhecimento de cuidados a idosos entre os profissionais, devido principalmente a ausência ou escassez de conteúdos específicos nos currículos de cursos da saúde; (ii) dificuldade de grande parte das Instituições de Ensino Superior em saúde brasileiras em se ajustarem ao atual panorama demográfico brasileiro, (iii) subutilização de campos específicos para a prática e (iv) inexperiência do corpo docente na área do envelhecimento, destacando-se as principais (DIOGO, 2004).

Algumas profissões, como a enfermagem, têm buscado lugar no contexto multiprofissional da gerontologia, encarando os diversos desafios e dilemas que tal atitude acarreta. Este esforço ainda está aparentemente aquém do necessário. Mesmo assim, as iniciativas de agregar conteúdos da gerontologia aos currículos das graduações em enfermagem devem ser incentivadas pelo poder de contribuir para a formação de profissionais mais qualificados nesta questão. (PAVARINI *et al.*, 2005)

É possível observar uma crescente busca de profissionais por cursos de extensão universitária ou especialização na área da gerontologia. Até mesmo as instituições da área da saúde manifestam interesse em qualificar seus funcionários, vislumbrando o inevitável aumento do atendimento a uma clientela cada vez mais idosa (PAVARINI *et al.*, 2005).

Porém, é preciso ter em mente que tal cuidado deve ir muito além de medidas estritamente terapêuticas. É preciso “(...) *estar atento à qualidade de vida, aos níveis de autonomia e independência, ao meio ambiente social e físico. É estar comprometido com a promoção da saúde, com a prevenção de enfermidades, assim como com o tratamento adequado de quaisquer condições vigentes.*” (CUNHA; THOMAZ, 2011, p.131).

A Portaria do Ministério da Saúde que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 648, de 28/03/2006) estabelece que as Unidades Básicas de Saúde que possuam ou não equipes de saúde da família devem ser compostas por

uma equipe multiprofissional que inclua médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, agente comunitário de saúde, dentre outros (TELLES e BORGES, 2010).

No entanto, mesmo que a UBS disponha de um conjunto variado de profissionais, ainda assim não é garantido que este conjunto atuará efetivamente como uma equipe multiprofissional (TELLES e BORGES, 2010).

O SUS prevê a necessidade de pensar o trabalho em equipe multiprofissional para que a assistência tenha melhor qualidade e haja maior interação entre os profissionais. Porém, é importante ressaltar que durante a formação profissional em saúde, as ofertas de experiências que contribuam para esta aprendizagem são escassas. Assim, o que se observa é que os profissionais que tentam colocar na sua prática estas ações precisam diariamente inventar e reinventar modos de atuar em equipe (PEDUZZI, 1998).

Neste sentido, Camacho (2002) defende que o atendimento do idoso em uma perspectiva de interação de diversas áreas permite o preenchimento de lacunas para as dificuldades sociais, psicológicas, físicas e psíquicas do idoso, contribuindo com orientações e conhecimentos profissionais, que eram, até então, desconhecidos diante de suas especificidades. Deste modo, é possível um novo olhar que até então poderia parecer improvável.

Porém, o atendimento do idoso por uma equipe de diversas áreas nos faz questionar se este trabalho possui um caráter interdisciplinar ou não. Um levantamento da produção científica sobre o assunto permite afirmar que este conceito ainda é complexo e controverso, havendo várias interpretações influenciando a sua concretização (BESSE, 2014).

Desta forma, antes de prosseguirmos, cabe uma breve reflexão sobre os conceitos da disciplinaridade e seus correlatos: interdisciplinaridade, transdisciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade. Isso porque estes termos estão em destaque nos dias atuais, quer seja em relatos orais ou em ensaios como tema de aulas, no entanto, se apresentam quase sempre com significados distintos e de difícil compreensão (ALMEIDA FILHO, 1997).

De acordo com Roquete *et al.* (2012), o termo interdisciplinaridade foi encontrado pela primeira vez na edição de dezembro de 1937 do *Journal of Educational Sociology* e atualmente apresenta diversos significados.

Sobre a história e etimologia da palavra '*disciplina*', Rey (1993) e Bibeau (1996), citados por Almeida Filho (1997), defendem que esta palavra sugere rigor na atuação, ou uma constância no enfrentamento de problemas. No latim, *discipuli* era utilizado para designar os seguidores do mestre, passando posteriormente a corresponder também àqueles que aderiam à filosofia ou ao método de uma escola ou, ainda, aos que se uniam ao mesmo método de pensar. Seguindo esta família semântica, a *Disciplina* significava, portanto, a ação de aprender ou instruir-se. Em seguida, a palavra foi utilizada para designar um tipo particular de iniciação, a uma doutrina ou a um método de ensino. Somente posteriormente ela foi utilizada para se referir ao ensino-aprendizagem em geral, incluindo todas as maneiras de educação e formação (ALMEIDA FILHO, 1997).

Já o termo interdisciplinaridade tem sido utilizado para descrever a interação de duas ou mais disciplinas, como método de pesquisa e de ensino, promovendo correspondência desde a comunicação das ideias até a integração mútua de conceitos, da epistemologia, da terminologia e dos procedimentos. (ROQUETE *et al.*, 2012).

Assim, a interdisciplinaridade pode ser reconhecida pelo grau de interação entre as disciplinas e da intensidade de trocas entre os profissionais; como resultado, todas as disciplinas devem sair enriquecidas. Não basta somente utilizar elementos de outras disciplinas, mas deve-se comparar, julgar e incorporar esses elementos na produção de uma disciplina modificada (COSTA, 2007). Além disso, ela implica em um conjunto de regras comuns a um grupo de disciplinas que tenham conexão e cujas relações sejam definidas a partir de um nível hierárquico superior ocupado por uma delas. Também exigiria identificação de um problema comum, estabelecimento de regras comuns e uma plataforma de trabalho em conjunto (ALMEIDA FILHO, 1997).

Já o termo transdisciplinaridade requer que se vá mais além: ela não se restringe às interações e à reciprocidade entre as disciplinas, ela propõe uma ausência de fronteiras entre elas (COSTA, 2007). Além disso, a transdisciplinaridade

baseia-se na possibilidade de comunicação não somente entre os campos disciplinares, mas entre os integrantes de cada campo, através da circulação não somente dos discursos, mas também dos sujeitos dos discursos. Neste entendimento, não são os campos disciplinares, entidades abstratas (conceitos, noções, modelos) que interagem entre si, mas são os sujeitos que os constroem na prática científica cotidiana (ALMEIDA FILHO, 1997).

Muitos pesquisadores situam a área da saúde no campo da transdisciplinaridade, porém, embora esta relação faça sentido por conta da complexidade de seu objeto, quando observarmos os atendimentos de saúde que contam com atendimento de equipe multiprofissional, percebemos que os serviços ainda atuam de forma fragmentada (COSTA, 2007).

A multidisciplinaridade, patamar inicial de desejo de funcionamento de equipes de saúde, seria o conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma determinada questão, sem que os profissionais participantes estabeleçam relações no campo técnico ou científico (ALMEIDA FILHO, 1997). Assim, a multidisciplinaridade não prevê, necessariamente, o trabalho em equipe ou com coordenação, mas implica numa justaposição de diversas disciplinas. Portanto, na multidisciplinaridade, bem como na pluridisciplinaridade, não se acordam conceitos e métodos (COSTA, 2007).

A pluridisciplinaridade seria o conjunto de diferentes disciplinas justapostas em um processo de tratamento de uma temática unificada, com relações entre si. Neste caso, os objetivos seriam comuns, os campos disciplinares estariam situados em um mesmo nível hierárquico e haveria uma perspectiva de complementaridade, sem a necessidade de uma coordenação de ações (ALMEIDA FILHO, 1997).

Na multidisciplinaridade não há síntese metodológica, e sim uma somatória de métodos. De modo diferente, na interdisciplinaridade as metodologias são compartilhadas gerando praticamente uma nova disciplina. Já na perspectiva da transdisciplinaridade as metodologias unificadoras são compartilhadas, porém construídas mediante a articulação de métodos oriundos de diversas áreas do conhecimento, podendo gerar novas disciplinas ou permanecer como zonas livres (DOMINGUES, 2005).

Podemos inferir que as experiências multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares revelam como principal característica em comum a aproximação de diferentes disciplinas para a solução de problemas específicos (ROQUETE *et al.*, 2012).

Entretanto, a respeito das diversas nomenclaturas explicitadas, os autores Jacob Filho e Sitta, (2002). afirmam que já se despendeu muito tempo em vão tentando identificar qual a melhor denominação para cada forma de atuação. Porém, eles ressaltam que entre *multi*, *inter*, *trans* como prefixos e *disciplinar* ou *profissional* como sufixos, dentre outros, existem diversas associações possíveis. Mas quando se estabelece que são diversos profissionais interagindo com o interesse de transferir e compartilhar conhecimentos em todos os sentidos, estamos falando de uma *equipe*, independente da sua denominação. Desta forma, os autores esperam que se valorize cada vez mais o conceito de *equipe*, a despeito da denominação que tiver.

Contudo, Costa (2007) salienta outra questão a respeito do trabalho em equipe: no plano do discurso, o trabalho em equipe é considerado o ideal para as práticas em saúde e, conceitualmente, afigura-se como solução pacificadora para os conflitos entre as diversas áreas profissionais inseridas no contexto. Entretanto, quando o trabalho em equipe é visto como processo, demanda o ressignificado dos papéis desempenhados por cada um, das relações de poder e dos conteúdos já instituídos após tantos anos. O trabalho assim organizado superaria a inércia burocrática dos serviços públicos de saúde e permitiria mudanças na divisão vertical do processo de trabalho, considerada prejudicial aos serviços. Fica claro, entretanto, que o trabalho em equipe nos serviços de saúde só será efetivo quando forem trabalhadas as relações de poder, que se expressam, também, por meio da disciplinarização desse campo

Mas por que tanto se fala em trabalho em equipe quando o assunto é o atendimento do idoso? É sabido que a atuação em equipe não é realidade exclusiva da área da geriatria e gerontologia, mas perpassa todas as áreas da saúde. É geralmente consenso que nenhum profissional da saúde dará conta de, isoladamente, atender às diversas necessidades de um indivíduo idoso, devido à complexidade do atendimento (COTT, 1998).

Jacob Filho e Sitta (2002) salientam que hoje estamos conhecendo mais profundamente a magnitude e as particularidades do indivíduo idoso. Para os autores, não é nenhum exagero dizer que o idoso ainda é um “desconhecido” para a maioria dos profissionais da saúde, embora se observe que praticamente todas as áreas da saúde se interessam e muito se desenvolveram neste campo do conhecimento e suas características.

Tendo em vista as peculiaridades do processo de envelhecimento e os conceitos de interdisciplinaridade apresentados anteriormente, podemos concluir que, no âmbito da gerontologia, a atuação de uma equipe multiprofissional pautada na interdisciplinaridade pressupõe um trabalho coordenado e com objetivos comuns, compartilhado por vários núcleos de saber. Contudo, a atuação interdisciplinar exige uma conscientização em relação às suas dificuldades e potencialidades, para que seja possível implantar um “fazer coletivo” (JACOB FILHO; SITTA, 2002). Na equipe interdisciplinar, é necessário que haja tolerância entre os participantes, flexibilidade para realizar atividades de outros especialistas e segurança suficiente para permitir que outros profissionais realizem o seu papel, sem assumir posições defensivas. Geralmente, na equipe interdisciplinar, as relações entre as diversas funções são o resultado de negociações e de acordos (COTT, 1998).

Contudo, o que se observa amiúde no cuidado multiprofissional é que há uma dificuldade de interação entre os profissionais envolvidos, uma vez que cada um teve uma formação segundo os princípios próprios, técnicos, éticos e corporativos, de sua profissão, desconhecendo os potenciais que existem nos demais participantes da equipe. Essa falta de interação certamente surge desde a graduação, pois os profissionais se formam sem interagir com outros integrantes da área da saúde em que seja possível uma ação conjunta em prol do mesmo objetivo (BESSE, 2014). As próprias estruturas curriculares fragmentadas e independentes favorecem esta visão profissional futura.

É possível afirmar que ainda é necessário despertar no profissional o reconhecimento do idoso como cidadão. Esta visão implica que o profissional conheça a realidade social e de saúde da população que atende, além de conhecer também as tecnologias existentes, os recursos disponíveis e os documentos legais como

instrumentos possíveis nas ações de saúde. Portanto, o profissional precisa ser preparado para identificar no idoso a potencialidade para o autocuidado e a importância de preservação de sua autonomia (MARTINS *et al.*, 2007).

Infelizmente, nos serviços brasileiros de saúde, ainda prevalece o modelo assistencial, centrado no atendimento médico e que enfatiza as ações curativas, apresentando, assim, uma visão estritamente biologicista do processo saúde-doença. Contudo, atitudes paternalistas e assistencialistas podem produzir efeitos negativos para a autonomia dos idosos, pois ensejam a dependência do cuidado profissional. Uma das alternativas mais importantes para assegurar a autonomia e independência do idoso, como também o envelhecer saudável, são as ações educativas aos profissionais da saúde no sentido de estarem atentos para estas questões (MARTINS *et al.*, 2007).

Segundo Cachioni (2003), o maior impedimento para a transformação de conceitos e de atitudes em relação à velhice é a falta de conhecimento científico dos profissionais da saúde e da educação, juntamente com o pouco esclarecimento que as pessoas de todas as idades têm sobre as características do envelhecimento.

Do discutido, depreende-se que a formação de recursos humanos em gerontologia está diretamente relacionada à qualidade de vida na velhice, já que essa é resultado da interação entre as condições físicas, competências comportamentais do idoso e as condições ambientais. Portanto, o idoso que encontra um ambiente adequado ao seu desempenho funcional e competência comportamental, sente-se adaptado e apresenta bem-estar subjetivo (BISSOLI; CACHIONI, 2010).

B. A gerontologia: uma profissão da contemporaneidade

Segundo Pavarini *et al.* (2005, p.400), *“A gerontologia é a ciência que estuda o processo de envelhecimento em suas mais diversas dimensões, e se constitui, na prática, na ótica atual, em uma especialidade de diferentes profissões.”* Entretanto, os mesmos autores afirmam que *“(...) não se trata de ‘juntar’ um pouco de cada profissão, mas de formar um novo profissional capaz de compreender o processo de*

envelhecimento e atender esta população pautado nos conhecimentos das ciências biológicas, humanas e exatas”.

Já em relação ao significado etimológico, Neri (2001) esclarece que a palavra *gerontologia* origina-se do grego, e possui o seguinte significado etimológico: *gero* remete a velho, idoso e *logia*, ao estudo. Ainda segundo a autora, o termo gerontologia foi usado pela primeira vez em 1903 por Metchnicoff. Ela também argumenta que o autor já previa que no decorrer do século XX essa área teria crescente importância devido ao aumento da longevidade entre os indivíduos, possível graças aos avanços das ciências naturais e medicina

Porém, Park (2008) afirma que a concepção da gerontologia como campo científico multidisciplinar surgiu também há bastante tempo nos Estados Unidos da América (EUA), principalmente por intermédio do trabalho de Edmund Vincent Cowdry, um citologista canadense-americano, integrante da Escola de Chicago. Este pesquisador publicou em 1939 a obra *“Problems of Ageing”* na qual descreve contribuições das ciências sociais, biológicas e do comportamento. Para a elaboração de seus trabalhos, Cowdry se inspirou nos graves problemas sociais que a depressão econômica dos EUA ocorrida em 1929 resultou, afetando toda a população americana e, especificamente, os idosos, pela grande dificuldade em conseguir emprego e pela ausência de qualquer apoio social destinado a esta população

Além disso, há também diversos marcos na evolução da gerontologia que são descritos por Neri (2001), desde o ano de 1561. A primeira concepção que a autora destaca era descrita por Laurens (1561-1626) que discutia a teoria de que o coração diminuía com a idade após os 50 anos, utilizando-se de autópsias em idosos. Assim como esta pesquisa, a autora cita diversas teorias acerca da velhice ao longo dos séculos e algumas serão apontadas a seguir.

As citações mais recentes da autora datam de 1959, quando foi publicado o primeiro manual sobre a psicologia da velhice, de autoria de Birrem (NERI, 2001). Nele há uma revisão da literatura de pesquisa dos autores de destaque em suas respectivas áreas, acerca de temas com produção sistemática no período precedente. Essas publicações se tornaram periódicas a partir do ano de 1977, quando passaram

a surgir em intervalos menores (1977, 1985, 1990, 1995 e 2001) e a apresentar, em três volumes, a produção de psicologia, biologia e ciências sociais (NERI, 2001).

A autora ressalta ainda que, nos anos de 1980 e 1990, surgiram novas áreas de interesse criadas pelas necessidades sociais associadas ao envelhecimento populacional e à longevidade. Como por exemplo, é possível citar: os elevados custos dos sistemas de saúde e previdenciário, a carência de apoio aos familiares que cuidam dos idosos dependentes, a necessidade de formação de recursos humanos especializados, a necessidade de oferta de oportunidades educacionais e ocupacionais para idosos e pessoas na meia-idade. O surgimento de novas demandas sociais também têm pressionado as pesquisas básicas, no sentido de explicar os fenômenos e as mudanças observadas na velhice avançada e as possibilidades de retardar e reverter as decorrências do envelhecimento patológico (NERI, 2001).

Conforme definição de Maddox (2001),

“Gerontologia é o campo multi e interdisciplinar que visa à descrição e à explicação das mudanças típicas do processo do envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais. Interessa-se também pelo estudo das características dos idosos, bem como pelas várias experiências de velhice e envelhecimento ocorridas em diferentes contextos socioculturais e históricos. Abrange aspectos do envelhecimento normal e patológico.” (p.18)

Mas a gerontologia seria somente uma ciência formal ou também pode ser considerada intervencionista? Quando se questiona se a gerontologia se limita em conhecer e prever ou se ela também intervém no processo do envelhecimento a ponto de causar mudanças, *“não há como duvidar do caráter intervencionista da gerontologia”* (SÁ, 1999).

Apesar da gerontologia ser um campo que inclui diversas disciplinas, esta pesquisa toma como base o eixo formado pela biologia, pela psicologia e pelas ciências sociais. Outras áreas do conhecimento também agregam conhecimento na descrição e explicação do envelhecimento e velhice, tais como filosofia e história, neuropsicologia e biodemografia, clínica médica, psiquiatria, geriatria, fisioterapia, enfermagem, o serviço social, o direito, a psicologia clínica e a psicologia educacional,

dentre outras. Assim, pode-se reafirmar que a gerontologia, mais do que uma profissão, representa na verdade uma área multiprofissional e multidisciplinar (NERI, 2001).

Os parágrafos subsequentes apresentam, de forma sistemática e histórica a gerontologia no contexto internacional e brasileiro.

1. O surgimento da gerontologia internacionalmente

A gerontologia é uma área do conhecimento relativamente nova, posto ter sido criada há pouco mais de cem anos, em 1903 por Elie Metchnikoff, e tem sido desenvolvida e enriquecida por diversas outras contribuições (PAPALÉO NETO, 2006).

Em 1908, Ignatz Nascher criou a Geriatria, que deveria tratar do diagnóstico e tratamento das doenças do envelhecimento, enquanto a gerontologia era a ciência maior, que cuidava de todos os aspectos desse envelhecimento. Alguns anos mais tarde, em 1912, o próprio Nascher fundou a primeira Sociedade de Geriatria em Nova York (CANINEU; BIZAR; CANINEU, 2009).

Nos anos 30, na Inglaterra, Marjorie Warren, juntamente com o grupo com quem trabalhava, iniciou as observações e avaliações multidisciplinares, originando-se a possibilidade de uma avaliação geriátrica global e, conseqüentemente, a atuação de diversos profissionais em benefício do idoso, abrindo possibilidades maiores de melhor diagnóstico, tratamento e prognóstico (CANINEU; BIZAR; CANINEU, 2009).

A gerontologia só surgiu como disciplina acadêmica nos cursos de graduação na década de 1970. Os primeiros cursos foram criados na University of Southern California Davis School, EUA no ano de 1975. Em 1978 o primeiro curso do Canadá foi criado na Université de Montreal, e em 1980 na University of Massachusetts, Boston (EUA) (MELO; LIMA-SILVA; CACHIONI, 2015).

A Association for Gerontology in Higher Education (AGHE) e a Educational Unit of The Gerontological Society of America, foram criadas ainda na década de 1970 em consequência ao desenvolvimento da gerontologia como área de ensino e pesquisa nas Instituições de ensino americanas (MELO; LIMA-SILVA; CACHIONI, 2015).

Após a abertura dos primeiros cursos e de novos programas na década de 1990, a gerontologia obteve um caráter interdisciplinar, utilizando tecnologias específicas e programas acadêmicos internacionalmente reconhecidos (MELO; LIMA-SILVA; CACHIONI, 2015). Contudo, segundo Park (2008), a gerontologia já havia surgido como um campo científico muito anteriormente nos EUA com os estudos do citologista canadense-americano Edmund Vincent Cowdry, da Escola de Chicago.

No entanto, mesmo com a consolidação da gerontologia como área científica em 1990, somente a partir dos anos 2000 houve maior investimento na criação de cursos de graduação, sendo que mais de 50% dos atuais cursos oferecidos atualmente nos EUA, surgiram no período de 2000 a 2010 (MELO; LIMA-SILVA; CACHIONI, 2015).

Já na Europa, a disponibilidade de programas de estudo na área da gerontologia ocorreu majoritariamente através de cursos de pós-graduação. De acordo com Pereira (2010), esta circunstância contribuiu para a baixa significância do problema relativo ao aparecimento de novas profissões e novos profissionais. Portugal é o único país da Europa que oferece a formação em graduação por meio de cursos de bacharelado ou licenciatura em gerontologia. Atualmente são seis instituições de ensino superior que oferecem os cursos no país: (i) Universidade de Aveiro: Licenciatura em gerontologia; (ii) Instituto Politécnico de Coimbra: Licenciatura em Gerontologia Social; (iii) Instituto Politécnico de Bragança: Licenciatura em Gerontologia; (iv) Instituto Politécnico de Viana do Castelo: Licenciatura em Educação Social Gerontológica; (v) Instituto Superior de Serviço Social do Porto: Licenciatura em Gerontologia Social; (vi) Escola Superior de Educação Superior de João de Deus: Licenciatura em Gerontologia Social (MELO; LIMA-SILVA; CACHIONI, 2015).

Ainda em Portugal, semelhante ao modelo adotado no Brasil, a formação acadêmica em gerontologia se baseia em três pilares: um de formação médica ou

cuidados de saúde, outro de formação psicológica e o terceiro de formação social ou organizacional (MELO; LIMA-SILVA; CACHIONI, 2015).

Nos EUA também são oferecidos programas de graduação e pós-graduação em gerontologia, no entanto, o modelo de ensino é diferente ao adotado no Brasil ou em Portugal, pois cada curso permite um enfoque diferente em relação aos conteúdos de gerontologia. A Universidade de Estudos do Envelhecimento do sul da Flórida apresenta projetos de pesquisa que envolvem estudos de envelhecimento, saúde e doença, como o Alzheimer. Os cursos incluem investigações sobre o ciclo de vida humano, pesquisas gerontológicas, ações de cuidados em saúde, a psicologia do envelhecimento e do processo de morrer (BASS; FERRARO, 2000).

Em contrapartida, a *University of North Texas* (UNT) oferece bacharelado e mestrado em gerontologia. No entanto, o programa individualizado desta graduação da UNT permite que os alunos escolham os conteúdos concentrados em uma área específica de interesse, tais como centros educacionais ou serviços de proteção de adultos (BASS; FERRARO, 2000).

Na Universidade de Michigan Madonna, os programas de graduação em gerontologia versam sobre todos os aspectos do processo de envelhecimento. Além disto, a escola oferece várias áreas de concentração, tais como a prática de assistência aos idosos, cuidados na demência, planejamento de atividades e administração do lar de idosos (BASS; FERRARO, 2000).

Por sua vez, a Universidade do Sul da Califórnia - *Davis School of Gerontology* oferece uma grande variedade de programas de graduação, incluindo programas em gerontologia, saúde e envelhecimento para estudantes de graduação em gerontologia. Os cursos englobam conteúdos sobre envelhecimento humano do ponto de vista biológico, psicológico, sociológico e médico (BASS; FERRARO, 2000).

Ainda nos EUA, os programas de gerontologia da *San Diego State* concentram-se nas circunstâncias econômicas, físicas e sociais das pessoas idosas. Através de projetos de investigação, envolvimento em serviços comunitários e discussões em sala de aula, os alunos aprendem a atender as necessidades das pessoas mais velhas (BASS; FERRARO, 2000).

No Dowling Colégio de Nova Iorque também há um programa de graduação em gerontologia, onde são estudadas questões da sociologia e da psicologia do envelhecimento, neurociência, a política de bem-estar social e perspectivas culturais sobre o envelhecimento (BASS; FERRARO, 2000).

Todavia, diferentemente ao observado nos EUA, a educação e formação na área do envelhecimento tem sido bem menos sistemática na Europa, principalmente nos países do sul, o que pode ser considerado paradoxal, se levarmos em consideração que a Europa é uma das regiões de população mais envelhecida do mundo (BASTOS *et al.*, 2015).

De acordo com Bastos *et al.* (2015), em termos de qualificação profissional na gerontologia, podem ser identificados dois grupos: (i) profissionais que se relacionam diretamente com os clientes, que intervêm, que cuidam; e (ii) profissionais que administram as instituições, com foco no cliente como pessoa e respeitando suas vontades. No entanto os autores defendem que inicialmente é necessário indicar claramente os cenários nos quais os gerontólogos serão preparados para atuar.

Em relação ao perfil profissional e às funções a executar, se levarmos em conta por exemplo, a classificação de Naleppa e Reid (2003) ou Lishman (2007), cabe inquirir que modalidades de intervenção diferenciam estes profissionais dos demais já estabelecidos. Alguns consideram que a *“formação exige a definição de referenciais programáticos, a adequar em função do tipo de formação – inicial, contínua, especializada ou pós-graduada – e em função do perfil, funções e competências a adquirir pelos profissionais através do processo formativo”* (BASTOS *et al.*, 2015).

Além disso, se forem levados em consideração os cenários para o exercício do profissional em gerontologia, é possível notar que eles também são muito diversos entre si, sendo que alguns parecem mais adequados que outros para a prática profissional: agências de serviços sociais, agências de cuidadores domiciliares de saúde, centros de convivência, centros-dia, centros de saúde assistida e centros de cuidados, hospitais e asilos (BASTOS *et al.*, 2015).

Em Portugal, os primeiros gerontólogos (ou seja, aqueles com formação superior inicial em gerontologia) surgem por volta dos anos 2000. Nestes cursos, as unidades curriculares agregam conhecimento das ciências sociais e humanas ao das

ciências da saúde. O acréscimo do componente em cuidados de saúde diferencia a formação do gerontólogo da formação do denominado gerontólogo social, muito mais comum em Portugal e em alguns outros países. O gerontólogo atende principalmente os idosos e suas famílias, quer estejam institucionalizados ou vivendo na comunidade (PEREIRA; CARIA, 2013).

Conforme Pereira (2008), o saber profissional do gerontólogo é o resultado da união de conhecimentos de origens científica e filosófica e de conhecimento empírico, adquirido pela vivência prática. Portanto, a relação é particular de cada profissional e surge de um contexto de trabalho também singular. É a particularidade dos atores, de sua interação e dos contextos de trabalho nos quais se inserem o que define e diferencia as diversas atuações profissionais. É esta individualidade que dará o sentimento de pertinência, identidade e cultura próprias. Os conhecimentos práticos, embora específicos de uma profissão, são interdependentes e variáveis de acordo com a singularidade do profissional e do contexto em que ele trabalha (PEREIRA; CARIA, 2013).

Entretanto, em Portugal, o conhecimento abstrato trazido pelos gerontólogos tem origem, principalmente, nos conteúdos curriculares da formação acadêmica inicial, adquiridos no âmbito de diferentes ciências da biologia, enfermagem, medicina, psicologia, sociologia e gestão, distribuídas em proporções mais ou menos equivalentes (PEREIRA; CARIA, 2013).

O gerontólogo, com diploma de formação acadêmica superior de primeiro ciclo, é um profissional muito recente que emerge em Portugal e em outros poucos países (dentre os quais situa-se o Brasil), apenas na última década. A sua formação acadêmica distingue-se por comportar, em igual proporção, unidades curriculares das ciências sociais e humanas e das ciências da saúde. Este profissional destina-se a trabalhar exclusivamente com os idosos e suas famílias em situação de institucionalização ou mantidos na comunidade. A sua formação tem ainda a particularidade de prepará-los para intervir em eventos nos quais o idoso está em situação de debilidade ou dependência, assim como, e preferencialmente, junto a longevos gozando de plena saúde e de uma vida ativa. Neste último caso a sua

intervenção assume um caráter preventivo e minimizador de riscos (PEREIRA; MATA; PIMENTEL, 2012).

Entretanto, vale discutir a questão do reconhecimento como profissão. Para Pereira, Mata e Pimentel, quando consegue-se expandir o conceito “*funcional-estruturalista ortodoxo*” das práticas profissionais, atribui-se maior prestígio aos gerontólogos no desempenho de suas funções e assegura-se maior autonomia profissional aos mesmos pelo conhecimento técnico específico.

2. O perfil de competências do gerontólogo: o que ocorre no mundo?

Mas, afinal, que perfil diferencia os gerontólogos de outros profissionais e de cuidadores leigos? Segundo Pereira e Caria (2013), este trabalhador se distingue pela contextualização do envelhecimento na ótica dos ciclos de vida, ou seja, na concepção de que o indivíduo preserva suas qualidades ontológicas no decorrer de toda sua vida. Além disso, com seu olhar biopsicossocial, o gerontólogo detém um entendimento global dos fenômenos e enfatiza a qualidade de vida do idoso e a preservação de sua dignidade humana.

Além do mais, a gerontologia preconiza que a independência do idoso deve ser preservada, sendo que o indivíduo não deve ser substituído em nenhuma atividade que ele mesmo possa exercer em segurança, principalmente em suas ocupações diárias e tomadas de decisão sobre sua vida. Quando estas questões não são observadas pelo profissional ou cuidador leigo, é arriscado que aconteça o “*desânimo aprendido*”, fenômeno muito observado em idosos institucionalizados, quando ocorrem perdas rápidas e induzidas de autonomia e, conseqüentemente, de autoestima. A correta percepção do nível de ajuda necessária ao idoso exige uma sensibilidade apurada que permite não invadir a autonomia (com excessos de ajuda)

nem recair em negligência (pela falta da assistência necessária) (PEREIRA; CARIA, 2013).

Na pesquisa realizada por Pereira e Caria (2013), foram observadas, nos gerontólogos, atitudes diferenciadas dos demais profissionais no cuidado dos idosos. Foram elas: o trato dos usuários por seu nome próprio, no esforço constante de preservar sua individualidade e dignidade (como no exemplo citado, em que há a preocupação do gerontólogo com a postura e apresentação dos idosos); preocupação com a limpeza e boa apresentação dos ambientes, e principalmente no carinho e humanidade empregados nas relações (como o olhar nos olhos, a voz e o tocar) com os idosos

Além disto, no desenvolvimento de atividades lúdicas, os gerontólogos demonstraram um cuidado especial na proposição das práticas, respeitando os interesses dos idosos e evitando a infantilização dos mesmos (PEREIRA; MATA; PIMENTEL, 2012). A este respeito, Pereira e Caria (2013) destacam as palavras colhidas em entrevista com um responsável de Instituição de idosos: *“nunca vi um gerontólogo a infantilizar os idosos, algo que já vi a outros profissionais”*. Tal atitude representa a essência do cuidado gerontológico

De acordo com Pereira, Mata e Pimentel (2012), quando questionados sobre os motivos que os levaram a contratar gerontólogos, os empregadores ressaltam a apreciação positiva das competências destes profissionais durante os estágios curriculares. No entanto, *“É o conhecimento do desempenho profissional em contexto de trabalho que determina a contratação. As competências apreciadas são de índole diversa o que indicia a polivalência e diversidade da formação acadêmica destes profissionais.”* (p.182)

Uma das características dos gerontólogos mais ressaltadas pelos empregadores é a capacidade de detectar doenças ou situações de fragilidade do idoso que não devem ser atribuídas à sua idade, embora eventualmente sejam identificadas como tal por outros profissionais. Desta forma, considera-se que estes profissionais têm um olhar apurado para distinguir quais mudanças são naturais da idade e quais não, como por exemplo: na detecção de demências, sinais de negligência, solidão, depressão, entre outras. *“E isto faz toda a diferença na*

adequação dos cuidados a prestar aos idosos” (PEREIRA; MATA; PIMENTEL, 2012, p. 182).

Outra competência relatada pelos empregadores pesquisados e que também é muito valorizada diz respeito a discernir sobre os equipamentos necessários para melhor organizar os serviços. Eles sabem como executar corretamente as tarefas, como aplicar os documentos de avaliação e desempenham um papel importante na coordenação e formação de equipe, aprimorando o desempenho técnico de todos. *“Por todas estas razões os gerontólogos contribuem muito para a otimização dos recursos e para a adequação das práticas de cuidado aos idosos. Revelam ter uma sensibilidade no trato com os idosos que outros técnicos não possuem”* (PEREIRA; MATA; PIMENTEL, 2012, p. 182).

Segundo os mesmos autores, os empregadores ressaltam a importância da inserção de gerontólogos em serviços com centros de saúde, Câmaras Municipais e serviços sociais diversos, pois poderão desempenhar um importante papel na elaboração de projetos para a promoção de saúde e para o envelhecimento bem sucedido. Entretanto, é importante ressaltar que a presença do gerontólogo nos ambientes de trabalho não exclui os demais profissionais no trato com o idoso. Assim,

“A questão central não é a de se saber qual é a profissão ou os profissionais que estão mais habilitados, real ou simbolicamente, para prestar cuidados de excelência ao idosos, a questão central é a garantir que os profissionais que prestam cuidados aos idosos o façam com o nível mais elevado de excelência e, para isso, é mister as competências profissionais que possuem e mobilizam no processo de cuidados gerontológico.” (PEREIRA; CARIA, 2013, p.89).

Deve ser enfatizado que a existência desse novo profissional, o graduado em gerontologia, não exclui os demais cursos da busca pelo despertar de um olhar “gerontológico” aos seus alunos (PAVARINI *et al.*, 2005).

A disponibilidade de cursos específicos de graduação em gerontologia ocorre ainda de forma restrita, no mundo. Porém, iniciativas deste tipo já estão sendo implementadas nos países em desenvolvimento como o Brasil, que apresentam processo de envelhecimento populacional próximo de 10 ou 15% da população (MELO; LIMA-SILVA; CACHIONI, 2015).

3. O desenvolvimento da gerontologia no Brasil: formação profissional e mercado de trabalho

A pesquisa na área da gerontologia vem ganhando destaque em todo o mundo, como resultado da mudança demográfica já discutida, ocorrida nas décadas de 1970 e 1980 nos países desenvolvidos. Portanto, para entender a gerontologia no Brasil é necessário que se leve em consideração a tendência geral de transformação deste campo ocorrida nos países desenvolvidos, acima considerada. Além disso, é importante observar o impacto que teve o processo de internacionalização da gerontologia, delineado a partir de 1930 nos países desenvolvidos e que incluiu o Brasil em 1950.

De acordo com Neri e colaboradores (2011), *“desde meados dos anos de 1970, e de forma mais nítida na década de 2000, vem aumentando de forma sistemática o interesse por pesquisa sobre velhice.”*

Portanto, o interesse pela velhice no Brasil surgiu antes que o envelhecimento da população viesse a criar demandas ditadas por políticas, serviços e informação, precedendo inclusive a configuração da velhice como questão social, acadêmica e profissional (NERI et al., 2011). Cumpre também traçar um paralelo com o desenvolvimento da geriatria em nosso país.

A este respeito, Lopes (2000) afirma que o idoso tem sido mais notado na sociedade e com isso os serviços especializados e as profissões e instituições começam a se mobilizar para atender esta demanda populacional. No Brasil essas mudanças já são perceptíveis até mesmo na promulgação de leis e normas específicas de atendimento aos idosos, como o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso, anteriormente discutidas.

A autora também cita que os primeiros grupos e jornadas de estudo sobre geriatria surgiram no Brasil em meados de 1950 sendo que no ano de 1962 foi criado o primeiro curso de extensão universitária sobre velhice. Por conta destes acontecimentos, foi criada em 1961 a Sociedade Brasileira de Geriatria (SBG) na cidade do Rio de Janeiro (LOPES, 2000).

Inicialmente, a participação na SBG era restrita aos médicos. Em 1965, abriu-se para profissionais não médicos, principalmente da área social sendo incorporado o termo gerontologia ao seu nome a partir de 1968, tornando-se assim a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) (MELO; LIMA-SILVA; CACHIONI, 2015).

Antes que as universidades se inserissem no campo do estudo do envelhecimento, a SBGG teve importante papel na formação de profissionais na área da geriatria e foi principal disseminadora de conhecimento na área. Os pioneiros que se dedicavam ao estudo do envelhecimento no Brasil eram autodidatas e se inspiravam muito nas experiências internacionais relatadas. Tinham, porém, como principal desafio persuadir a sociedade de que a questão médico-social da velhice já era uma realidade e merecia atenção da ciência, como um todo, e da medicina, em particular (LOPES, 2000).

No Brasil, as primeiras residências médicas em geriatria foram criadas na década de 1970 (NERI, 2006). Nesta mesma época, baseando-se nos moldes das Universidades do Tempo Livre recém-criadas na França, o Serviço Social do Comércio (SESC) começou a oferecer atividades para o segmento da população idosa como curso de preparação para a aposentadoria, divulgação de estudos em saúde e envelhecimento, atividades educacionais, de lazer e esportivas, dentre outras. Porém, somente no início da década de 1980 foi criado o primeiro programa de educação para idosos, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em Florianópolis (CACHIONI, 2003).

Segundo Cachioni (2003), na década de 1990 aumentou a oferta de cursos de Especialização em Gerontologia nas universidades brasileiras, em especial na região sudeste do país, oferecidos por departamentos e faculdades de psicologia, educação, ciências sociais, saúde pública, serviço social, enfermagem e medicina.

No contexto de todo este panorama de interesse por estudos sobre o envelhecimento, no final da década de 1990 e início dos anos 2000, foram implementadas diversas propostas de cursos de pós-graduação *stricto sensu* em gerontologia, principalmente com caráter interdisciplinar. São eles: a UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas) criou, no mês de abril de 1997, o mestrado e

doutorado em Gerontologia; a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) implantou em 1998 o mestrado em Gerontologia Social; a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) inaugurou em 2000 o mestrado e doutorado em Gerontologia Biomédica; a Universidade Católica de Brasília criou em 2003 o mestrado em Gerontologia; as Universidade de Passo Fundo (RS) e a Universidade São Judas Tadeu (SP) tiveram seus programas de mestrado reconhecidos em 2010 – mestrado em Ciências do Envelhecimento e, em Envelhecimento Humano, respectivamente. No ano de 2013 a Faculdade de Medicina de Marília (SP) criou o mestrado em Saúde e Envelhecimento e a Universidade Federal de Pernambuco o mestrado em Gerontologia. E no primeiro semestre de 2014 a Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo implantou o mestrado em gerontologia (MELO; LIMA-SILVA; CACHIONI, 2015).

Assim, pode-se dizer que, no Brasil, o ingresso das universidades na formação de profissionais capacitados para os cuidados da população idosa foi lento e gradual. Em algumas universidades como a Universidade de São Paulo (USP) e a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), por exemplo, os investimentos foram mais intensivos, principalmente na área clínica, entretanto, nas outras regiões do país, observou-se uma intensa pulverização e isolamento nas atividades de pesquisa, que estava muito atrelada a interesses pessoais e de curta duração, sem que houvesse uma política de pesquisa e de publicação para a área. Assim, percebe-se que são poucos os pesquisadores ou grupos dessa época que deram prosseguimento ao seu trabalho ou se aprimoraram teoricamente (MELO; LIMA-SILVA; CACHIONI, 2015).

4. O surgimento da graduação em Gerontologia

Observa-se que, diferentemente de outras áreas do conhecimento em que os cursos de graduação (conhecimento generalista) influenciam a criação de cursos de pós-graduação (conhecimento específico), na gerontologia ocorreu o caminho inverso e somente na segunda metade da década de 2000 foram criados os primeiros cursos de graduação da área (CACHIONI, 2003).

Observa-se que, tanto no Brasil como no mundo, a maioria dos profissionais que trabalham com a temática do envelhecimento possui outra formação acadêmica específica como em cursos da saúde (por exemplo, enfermagem, psicologia, fisioterapia) ou das ciências humanas (notadamente assistência social). Contudo, é interessante destacar que mesmo quando estes profissionais se especializam em programas *lato sensu* ou *stricto sensu* em gerontologia, muitas de suas práticas permanecem atreladas à formação acadêmica de base (PEREIRA, 2008).

Em decorrência, segundo Alkema e Alley (2006), essa realidade pode ser considerada uma desvantagem para a gerontologia, porque permite que os profissionais com outras formações específicas interfiram na identidade dos profissionais, uma vez que frequentemente consideram a gerontologia como subdisciplina de suas áreas de origem.

Segundo Cardim, (2009), a especialização em gerontologia pode ser considerada uma estratégia para a capacitação dos profissionais nesta área do conhecimento, entretanto não dará conta de suprir a demanda do país. Portanto, se faz necessária a formação profissional específica para o atendimento do idoso, sua família e para lidar com a população em geral a respeito do processo de envelhecimento eminente.

Mesmo antes da criação do primeiro curso de graduação em gerontologia no Brasil, Pavarini e colaboradores (2005) defendiam que era urgente no país a criação de um curso de graduação que formasse profissionais capazes de integrar as equipes de saúde com um olhar gerontológico e que pudessem participar das modificações no cuidado à saúde do idoso

Diante das mudanças no quadro epidemiológico da saúde e das demandas para um novo modelo assistencial, o curso de graduação em gerontologia busca formar profissionais capacitados a corresponder às demandas profissionais específicas em envelhecimento, oferecendo uma assistência que impacte positivamente na qualidade de vida e na saúde do idoso e sua família (CARDIM, 2009).

Como discutido, a promoção da qualidade de vida do senil é tão importante que em 2006 foi publicado por meio da portaria nº 399/GM a redação das Diretrizes do

Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida e objetiva a melhora da qualidade de vida dos idosos. Neste documento, a saúde do idoso é considerada uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas do governo (BRASIL, 2006b). Assim, é reforçado o caráter emergencial da criação de profissionais formados especialmente para lidar com esta população.

Criado no contexto das políticas de expansão de vagas do ensino público do Estado de São Paulo, o curso de Gerontologia integrou o conjunto dos dez cursos oferecidos pela EACH, unidade inaugurada em 2005, com o objetivo de ampliar o acesso da população da zona leste da cidade de São Paulo à Universidade de São Paulo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GERONTOLOGIA, 2016).

Atualmente, a graduação em gerontologia no Brasil está disponível em duas Instituições de Ensino: na Universidade de São Paulo (USP) e na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). O curso também foi oferecido pelas Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI) e pela Rede de Educação Claretiano, sendo ambos descontinuados após alguns anos. Na USP e na UFSCar os cursos possuem duração de oito semestres e apresentam em seus currículos conteúdos relativos às três grandes áreas: biológica, psicológica e social.

A Universidade de São Paulo foi a que primeiro ofertou o curso de Bacharelado em Gerontologia, em março de 2005. Desde a sua criação, oferece turmas vespertinas de 60 vagas com carga horária de 2.520 horas de aulas e 1.500 horas de trabalhos, totalizando 4.020 horas (MELO; LIMA-SILVA; CACHIONI, 2015).

O projeto político-pedagógico do curso de gerontologia da USP, se propõe a formar um profissional com competências generalistas para atuar no processo de envelhecimento humano. Para isso, o curso é baseado na interdisciplinaridade: os alunos são expostos a conteúdos relacionados à gerontologia mas também desenvolvem uma formação geral, distribuída ao longo do curso como: cidadania e direitos humanos, relação sociedade- natureza, tratamento de dados, entre outros (DE LIMA, 2009).

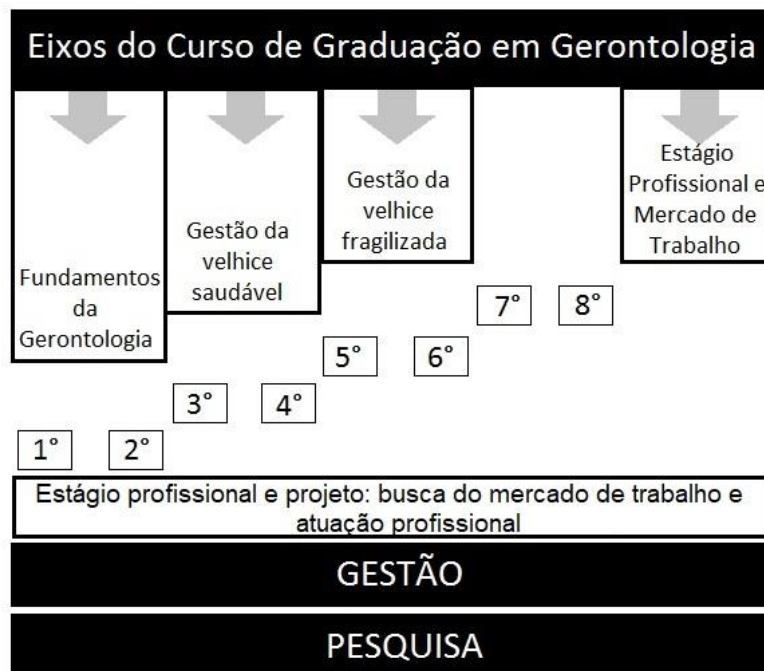
Em 2009, a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) implantou o segundo Curso de Bacharelado em Gerontologia do Brasil, com turmas diurnas e integrais, com 40 vagas e carga horária de 3.270 horas. O curso tem o objetivo de

formar o profissional para atuar na gestão da velhice saudável e fragilizada, baseando-se em princípios éticos e científicos da atenção ao idoso (MELO; LIMA-SILVA; CACHIONI, 2015).

A UFSCar prevê que os gerontólogos poderão atuar na área da saúde como participantes das equipes de saúde nas organizações. Além disso, poderão desenvolver planejamento, organização e avaliação de programas de assistência nos hospitais, ambulatorios, serviços de assistência domiciliar, instituições de média e longa permanência, hospitais e clínicas geriátricas, centros-dia, dentre outros, atuando no gerenciamento da velhice saudável e também fragilizada. (PAVARINI *et al.*, 2009a).

Na figura 3 podemos observar que o curso é conduzido de acordo com núcleos norteadores que englobam os fundamentos da gerontologia, gestão da velhice saudável, gestão da velhice fragilizada e estágios profissionais com elaboração de um projeto a respeito da busca do mercado de trabalho e da atuação do futuro profissional. Além disso, incentiva ações de gestão e pesquisa (PAVARINI *et al.*, 2009).

Figura 3 – Estrutura do Curso de Bacharelado em Gerontologia na UFSCar ao longo dos seus oito semestres.



Fonte: Adaptado de Pavarini, 2009.

O curso possui dois eixos estruturantes, um vertical e outro horizontal. O eixo vertical apresenta quatro núcleos: Núcleo Fundamentos da Gerontologia (1º ano), Núcleo Gestão da Velhice Saudável (2º ano), Núcleo Gestão da Velhice Fragilizada (3º ano) e Núcleo Estágio Profissional e Mercado de Trabalho (4º ano). A gestão e a pesquisa compõem eixos horizontais, e estão presentes em todos os períodos do curso (LUCHESE, 2017).

Para Neri e colaboradores (2011), a criação destes primeiros cursos de graduação em gerontologia do Brasil, determinará novos parâmetros no país para a graduação e pós graduação, assim como irá colaborar para o estabelecimento e constituição das profissões no âmbito da gerontologia.

Atualmente, por se tratar de uma profissão em fase de desenvolvimento e estruturação, a caracterização desse profissional é pautada na legislação brasileira, tomando como base as Diretrizes Curriculares da área da saúde e outras regulamentações específicas adotadas pelas Instituições de Ensino (PAVARINI; BARHAM; FILIZOLA, 2009).

A este respeito, o projeto político pedagógico do Curso de Bacharelado em Gerontologia da Universidade de São Paulo, prevê que:

“O Curso de Graduação em Gerontologia da EACH, em implantação desde 2005, é o primeiro bacharelado na área. (...) a sua estrutura curricular é multidisciplinar com foco significativo na área da saúde, mas também na área social. Trata-se de projeto acadêmico inovador cujos objetivos se desdobram em competências e habilidades para lidar com o envelhecimento humano e que ainda não dispõe de diretrizes curriculares estabelecidas pelo MEC. A presente estrutura curricular se embasa, por aproximação, nas Diretrizes Curriculares dos cursos da área da saúde. Idealmente, em futuro próximo, quando forem elaboradas as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em gerontologia, estas deverão ser de natureza interdisciplinar, devido à natureza interdisciplinar deste campo.” (YASSUDA; CHUBACI, 2012, p.6)

No caso da UFSCar, também foram levados em conta os seguintes documentos: Parecer CNE/C ES 1.133 de 7 de agosto de 2001; Resolução CNE/CES nº3 e 4 de 07 de novembro de 2001; Parecer CNE/CES nº 329/2004; Resolução CNE/CP nº 329, de 11 de novembro de 2004; Parecer CNE/CP nº 184, de 7 de julho de 2006; Parecer CNE/CP nº 8, de 31 de janeiro de 2007 do Ministério

da Educação; Resolução nº 2 de 18 de junho de 2007; Resolução nº3 de 2 de julho de 2007; Projeto de lei no. 993/97; Plano de desenvolvimento institucional (PDI); Parecer no. 7762001 do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão em março de 2001; e portarias: GR nº 771, GR nº 522/06 e GR nº. 461 (PAVARINI; BARHAM; FILIZOLA, 2009)

Mais recentemente, Pelham *et al.* (2012) suscitaram a discussão a respeito da profissionalização em gerontologia, já que os EUA vêm passando por uma redução dos programas de graduação e pós-graduação na área. Ainda que o cenário dos EUA seja bem diverso do brasileiro, tanto relacionado ao envelhecimento populacional quanto na própria estrutura de formação acadêmica, algumas questões abordadas por estes autores merecem atenção. No estudo, os autores mostram que a procura pela formação em gerontologia é pequena e, somado a isso, a falta de reconhecimento de alguns programas faz com que os estudantes se interessem por outros cursos que já estão mais estabelecidos e que conferem maior *status* profissional.

Contudo, vemos que no Brasil a pouca procura pela graduação em gerontologia também é uma realidade. Nos últimos seis anos, a relação candidato-vaga dos inscritos no curso de gerontologia da Universidade de São Paulo, por exemplo, girou em torno de 3 a 4, valor muito inferior se comparado a outros cursos da área da saúde como fisioterapia, psicologia e medicina que no mesmo período apresentou relação candidato-vaga superior a 25. Além do baixo interesse dos estudantes pelo curso de graduação em gerontologia, observa-se também que nem sempre esse curso é considerado a primeira opção dos ingressantes (MELO; LIMA-SILVA; CACHIONI, 2015).

No cenário internacional, Pereira (2010) desenvolveu uma pesquisa entre os graduandos de gerontologia da Escola Superior de Saúde de Bragança, Portugal, comprovando que apenas 22% dos estudantes havia escolhido esse curso como primeira opção, enquanto a maioria (68%) havia indicado outros cursos da área da saúde (por exemplo, enfermagem) como primeira opção. No entanto, o desejo de trabalhar com idosos era relatado como principal motivação por 43,9% destes graduandos, e a maioria afirmou ter experiência na prestação de cuidados de forma sistemática a idosos, em especial os avós.

Vale salientar que os cursos de graduação em gerontologia oferecidos no Brasil são todos reconhecidos pelo Ministério da Educação mas, ainda assim, como mencionado, a procura pelos mesmos ainda é reduzida. Além do mais, a profissão de gerontólogo ainda não está regulamentada no país, o que dificulta o ingresso destes profissionais no mercado de trabalho, especialmente em cargos públicos (MELO; LIMA-SILVA; CACHIONI, 2015).

Para a regulamentação do exercício da profissão de gerontólogo no Brasil, tramita desde 2013 um projeto de lei no Congresso Federal. O Projeto de Lei do Senado nº 334, de 2013 já foi aprovado pela Comissão de Direitos Humanos (CDH) e Legislação Participativa, pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) e pelo Plenário do Senado Federal. Segundo informações constantes no site do Senado Brasileiro, o projeto foi remetido à Câmara dos Deputados em 01/11/2017 e está aguardando aprovação (BRASIL, 2013).

Além de definir os atributos e qualificações do profissional, o projeto também prevê a inclusão do gerontólogo no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), possibilitando que haja contratações por concursos públicos e que o profissional atue em diferentes equipamentos sociais que atendem a pessoas idosas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GERONTOLOGIA, 2016). Em geral, atualmente, o gerontólogo precisa abrir processo judicial para pleitear a abertura de concursos públicos na área da gerontologia.

Em Portugal o processo de regularização da profissão também está em andamento. A expectativa é de que, com a regulamentação da profissão, as instituições consigam ter mais clareza quanto às competências do gerontólogo e que paulatinamente o profissional seja incorporado no mercado de trabalho (MELO; LIMA-SILVA; CACHIONI, 2015).

Como a profissão do gerontólogo ainda não é regulamentada, não é possível que se forme ainda um Conselho da profissão, nem que se crie sequer um Sindicato; no entanto é possível a criação de uma Associação. Assim, em 21 de março de 2009 foi fundada a Associação Brasileira de Gerontologia (ABG). Ela é uma associação de classe, sem fins lucrativos, responsável por congregar e representar os graduandos,

tecnólogos e bacharéis em gerontologia (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GERONTOLOGIA, 2016).

A Associação Brasileira de Gerontologia foi criada com os seguintes objetivos: (i) Defender os interesses dos gerontólogos e contribuir para a inserção e promoção desses profissionais em ambientes acadêmicos, científicos, culturais e de atuação profissional; (ii) Oferecer aos associados serviços que facilitem o exercício da profissão; (iii) Refletir sobre as possibilidades de atuação dos profissionais gerontólogos e sua inserção no mercado de trabalho; (iv) Contribuir para a criação de projetos, programas e serviços na área da gerontologia; (v) Encaminhar os associados a entidades e serviços que solicitem a atuação profissional em gerontologia, visando o provimento de recursos humanos; (vi) Difundir o conhecimento gerontológico entre as diversas esferas da sociedade; (vii) Apoiar ações teórico-práticas que objetivem o bem-estar do idoso e dos indivíduos no processo de envelhecimento; (viii) Divulgar as ações dos associados (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GERONTOLOGIA, 2016).

Genericamente, as Associações têm as funções de: (i) Promover ações de treinamento, formação e aprimoramento do conhecimento; (ii) Representar a profissão em eventos, comissões, conselhos e outros espaços políticos, na busca de um posicionamento dentro das diversas áreas de atuação da profissão; (iii) Integrar os profissionais através de encontros, simpósios, fóruns e jornadas; (iv) Difundir os resultados de pesquisas e inovações nas áreas de atuação do profissional; (v) Contribuir com a sociedade na habilitação de profissionais aptos a atuarem em suas áreas de atividades; (vi) Apoiar e promover atividades que possam melhorar o posicionamento dos profissionais e futuros profissionais no mercado de trabalho.

Por outro lado, os Conselhos tem a incumbência de: (i) Orientar o profissional sobre o exercício do seu ofício; (ii) Zelar pela ética da profissão, incluindo todas as áreas de atuação; (iii) Regular os limites de atuação profissional, (iv) Registrar, cadastrar e manter atualizados os dados sobre os profissionais; (v) Fiscalizar a atuação do profissional, (vi) Divulgar e discutir temas como ética profissional, áreas de atuação e o exercício legal da profissão.

As Associações existem por iniciativa e responsabilidade exclusiva dos profissionais, que as criam e as mantêm. Empenhadas no debate das questões

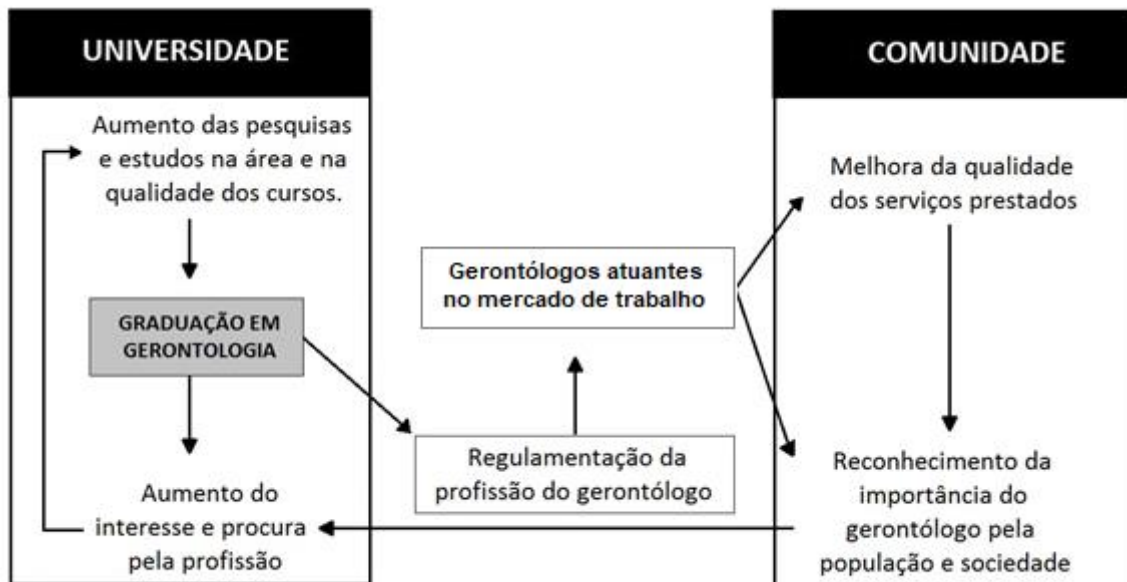
decisivas das profissões em torno das quais se constituem, objetivam o aprimoramento dessas profissões. Entretanto, vale ressaltar que elas são independentes do Estado, tanto para sua sustentação econômica quanto para sua afirmação institucional. Para existir, uma entidade profissional conta apenas com sua própria capacidade de coletar os recursos necessários à sua sobrevivência e com sua própria capacidade de legitimar-se perante os profissionais que procura representar.

Já os conselhos profissionais, diferentemente das entidades profissionais, são instituições do Estado, por ele criadas e mantidas pelas contribuições compulsórias que todos os profissionais vinculados aos respectivos conselhos estão legalmente obrigados a pagar. Além disso, como são órgãos do Estado, os conselhos existem para controlar e fiscalizar o exercício das diferentes profissões, com foco no benefício e na proteção dos interesses da sociedade.

Pelham e colaboradores (2012) apontam que uma questão importante observada em sua pesquisa foi a falta de clareza no caminho entre a graduação e o mercado de trabalho. Além deste fator, as instituições empregadoras desconhecem a função do gerontólogo e o seu reconhecimento ainda é pequeno quando comparado a outros profissionais. Assim, os autores propõem um modelo conceitual (Figura 4) com o objetivo de promover a reflexão sobre a profissionalização em gerontologia, baseando-se nos principais problemas observados no estabelecimento dessa profissão nos EUA. Ainda que esse modelo não corresponda apenas ao bacharel em gerontologia, mas sim a todos os profissionais da área da gerontologia, a mesma lógica pode ser aplicada ao gerontólogo (MELO; LIMA-SILVA; CACHIONI, 2015).

Considerando este modelo de Pelham e colaboradores (2012) a regulamentação da profissão de gerontólogo pode contribuir para a sua projeção, facilitando a inserção do mesmo no mercado de trabalho. Além disso, a importância da atuação desses profissionais passaria a ser reconhecida pela população, aumentando a demanda e o interesse por seus serviços. Deste modo, a procura pelos cursos de graduação em gerontologia também aumentaria, refletindo positivamente na quantidade e qualidade dos estudos e pesquisas na área, reforçando ainda mais a importância desse profissional.

Figura 4 – Modelo de Profissionalização dos Gerontólogos.



Fonte: Adaptado de Pelham, *et al.*, 2012.

De acordo com Pereira, Mata e Pimentel (2012), o reconhecimento dos gerontólogos tem acontecido principalmente nas instituições onde eles executam os estágios curriculares de inserção profissional. Nesse estudo, os autores entrevistaram os gestores de instituições que incluíam gerontólogos em seu quadro de funcionários. Assim, constataram que, na perspectiva das instituições empregadoras, o gerontólogo detém a capacidade de promover inovações na dinâmica organizacional, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos e conseqüentemente para o aprimoramento da qualidade de vida dos idosos atendidos.

Segundo Melo, Lima-Silva e Cachioni, (2015), a Associação Brasileira de Gerontologia - ABG pesquisou a inserção do profissional gerontólogo no mercado de trabalho brasileiro e encontrou que dos 140 graduados em gerontologia entrevistados, a maioria estava atuando em equipamentos da área da assistência social (21% em ILPIs – as Instituições de Longa Permanência para Idosos). Em seguida estavam os equipamentos da área da saúde como, por exemplo Planos de Saúde (15,7%) e

Hospitais (12,2%). Outros campos de atuação do gerontólogo podem ser visualizados no quadro a seguir.

Quadro 1 – Principais locais de atuação do profissional gerontólogo.

Porcentagem (n=140)	LOCAL DE ATUAÇÃO
Assistência Social	
21%	Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)
10,5%	Núcleos de Convivência para Idosos
7,5%	Centros de Convivência para Idosos
3,5%	Centros de Referência em Assistência Social
3,5%	Centros-Dia
3,5%	Centros de Acolhida para Idosos
Saúde	
15,7%	Planos de Saúde
12,2%	Hospitais
8,7%	Home Care
Gestão Pública	
8,7%	Prefeituras dos municípios de SP
5,2%	ONG e OSS

Nota: ONG= Organização não governamental; OSS= Organização Social de Saúde. Fonte: Adaptada de Associação Brasileira de Gerontologia (2013 *Apud* MELO; LIMA-SILVA; CACHIONI, 2015).

Nesta mesma pesquisa, também foram investigadas quais eram as principais funções exercidas pelos gerontólogos (Quadro 2). Os resultados indicaram que as atividades de mesogestão eram as mais exercidas entre os entrevistados (50,5%), incluindo a gestão de equipamentos, programas e equipe multiprofissional. Além deste fato, notou-se que uma importante porcentagem de gerontólogos (25,7%) atuava na microgestão em diferentes contextos (domicílio, clínicas e instituições). E por fim, um menor número de gerontólogos relatou desenvolver atividades relacionadas à educação (17,7%) e à macrogestão (6,5%).

Quadro 2 - Principais funções exercidas pelo gerontólogo

Porcentagem (n=140)	ATRIBUIÇÕES DO GERONTÓLOGO
	Macrogestão
6,5%	Gestão de Políticas Públicas para idosos
	Mesogestão
16,1%	Gestão de equipamento de atendimento a idosos
13,7%	Gestão de programas de Qualidade de Vida
11,6%	Gestão de Programas com atividades para idosos
9,1%	Gestão de Equipe Multiprofissional
	Microgestão
12,1%	Atendimento gerontológico em clínica
10,6%	Gestão gerontológica de casos (idosos e família)
2,6%	Atendimento gerontológico em Instituição
	Educação
9,6%	Aulas (educação permanente) e realização de atividades socioeducativas, de promoção de saúde e culturais para idosos
8,1%	Técnico em Gerontologia

Fonte: Adaptada da Associação Brasileira de Gerontologia (2013, *apud* MELO; LIMA-SILVA; CACHIONI, 2015).

5. A profissão do gerontólogo bacharel no Brasil

A figura do bacharel gerontólogo é recente no Brasil. Os primeiros profissionais desta área surgiram no mercado de trabalho somente no ano de 2009, quando a primeira turma do Curso de Graduação em gerontologia da USP integralizou os créditos (PAVARINI *et al.*, 2009).

O profissional gerontólogo tem sua formação alicerçada nas áreas biológica, psicológica e social, com ênfase na gestão dos recursos e serviços. Desta forma, sua atuação é multidisciplinar e interprofissional. (PIOVEZAN; BESTETTI, 2012)

O gerontólogo tem competências para atuar de maneira generalista, *“organizando ou auxiliando na organização de ações e serviços que atuem na promoção do envelhecimento ativo e saudável e, também, no monitoramento das condições sociais e de saúde dos idosos, de forma a evitar ou postergar maiores agravos”*. (DE LIMA, 2009).

De acordo com o trabalho de Alkema, Reyes e Wilber (2006) é possível afirmar que o gerontólogo pode atuar como *case management*, ou seja, gestor de casos. Tanto no contexto social dos EUA como no Brasil, a quantidade de casos crônicos, principalmente entre pacientes idosos, tem crescido consideravelmente, demandando serviços especializados e centralizados em situações específicas, considerando-se sua heterogeneidade.

White *et al.*(1994) acreditam que a figura do gestor de casos é um caminho possível para o gerontólogo, por exigir a união do trabalho multidisciplinar e interprofissional. Desta forma, o profissional gerontólogo pode ser o articulador, coordenador e monitor de propostas que visam uma melhor distribuição e utilização dos recursos e investimentos, proporcionando melhor qualidade com gastos menores, resultando em ações integradas dentro do sistema trabalhado.

A função do gestor de casos (GC) seria a de identificar as atuais e futuras necessidades do paciente, reunir e coordenar os serviços disponíveis e oferecidos, aconselhar, auxiliar e defender os pacientes e familiares enquanto “consumidores” dos serviços. Esse profissional se aprofunda em cada caso, buscando informações necessárias para criar um plano de tratamento para, então, executá-lo, monitorando-o sempre, verificando sua eficácia e ajustando-o a qualquer nova demanda (PIOVEZAN; BESTETTI, 2012).

A respeito da formação do gerontólogo, Pereira (2010) destaca que, no plano abstrato, ele saberá menos de medicina e de cuidados da saúde do que um médico, também saberá menos de psicologia do que um psicólogo, e menos de sociologia e serviço social do que um sociólogo ou assistente social. Entretanto, também no plano

abstrato ele estará mais habilitado que qualquer um desses profissionais para preparar e executar atividades integradas, relacionadas aos idosos.

Os autores Alkema e Alley (2006) ressaltam que devido à formação do gerontólogo ser generalista, é possível que ele seja criticado por saber “um pouco de tudo”, sem ter conhecimento de “nada em profundidade”. Entretanto, é preciso ter em mente que integrar diversas teorias, contextos e perspectivas relacionados ao envelhecimento é uma tarefa complexa e difícil na prática cotidiana.

Além disso, ao se considerar que os docentes dos cursos de gerontologia possuem formação em áreas específicas e diversas, proporcionar meios para que os futuros gerontólogos consigam integrar conhecimentos biopsicossociais e os transformem em ações que impactem positivamente na vida dos idosos está entre os principais desafios da formação deste profissional (MELO; LIMA-SILVA; CACHIONI, 2015).

Vale ressaltar que a falta de capacitação específica para o atendimento ao idoso na realização do trabalho pode resultar em experiências insatisfatórias, tanto para o profissional quanto para a equipe, com consequentes déficits na oferta do cuidado ao idoso (BISSOLI; CACHIONI, 2010).

IV. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A. População / Universo

O Município de São Caetano do Sul possui uma ampla rede de atendimento em saúde¹. Ele conta com dez Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nestas Unidades o munícipe pode agendar diretamente sua consulta com o médico das seguintes especialidades: Clínica Geral, Médico da Família, Ginecologista, Pré-Natal e Pediatra. Pode ainda agendar a coleta de Exames de Laboratório e Papanicolau. Todas estas unidades contam com equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Para utilizar os serviços de saúde no Município de São Caetano do Sul, o indivíduo deve utilizar o cartão do Sistema Único de Saúde (SUS). Este cartão é obrigatório para todos os usuários do sistema público, pois é exigido para a realização de uma série de procedimentos e para a autorização de internações hospitalares. Entretanto, o cidadão também pode utilizar o Cid Card, que é um cadastro criado exclusivamente para os munícipes de São Caetano do Sul, e que privilegia os moradores, facilitando o acesso aos serviços de Saúde oferecidos pela Prefeitura.

Além destes serviços, o município conta com quatro Centros Integrados de Saúde e Educação da Terceira Idade (CISE), sob a administração da Coordenadoria Municipal da Terceira Idade (COMTID), que têm como objetivo promover ações integradas nas áreas de lazer, social, cultural, recreativa, educacional e de saúde. Para se associar e utilizar estes Centros, o indivíduo deve ter idade igual ou maior que 50 anos e realizar sua inscrição apresentando comprovante de residência de São Caetano do Sul (como conta de água ou luz), documento de Identificação originais (RG e CPF) e levar duas fotos 3X4 recentes.

O Município também conta com o serviço do Circular Saúde. Este é um serviço próprio da Prefeitura, sem custo para o munícipe, que dispõe de dois veículos que fazem a rota municipal que liga as Unidades, Hospitais e Centros de Especialidades. Conta também com o terceiro carro que faz o trajeto Hospital Maria Braido – Hospital

¹ Informações coletadas da página web oficial do município de São Caetano do Sul em setembro de 2018.

Estadual Mário Covas, facilitando o acesso dos usuários aos serviços oferecidos em parceria com o Estado.

São Caetano do Sul também se vale do apoio de dois Hospitais Estaduais Regionais e de Hospitais de grande porte no município de São Paulo, para encaminhamento de consultas, exames e internações clínicas e cirúrgicas. Conta também com alguns Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME) Estaduais e com o Ambulatório da Faculdade de Medicina do ABC. Mais recentemente, foi implantado o CAU (Centro Ambulatorial Universitário), em uma parceria com a Universidade Municipal de São Caetano do Sul, onde os munícipes podem agendar consultas em mais de vinte especialidades (incluindo geriatria). Todos estes estabelecimentos de saúde fazem parte da Rede de Saúde de São Caetano do Sul.

O Município também oferece os seguintes programas:

Programa Saúde da Família (PSF): O programa prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. Os agentes comunitários visitam as famílias cadastradas uma vez por mês levando informações e identificando necessidades, enquanto os médicos, auxiliares e enfermeiros permanecem na UBS na assistência e apoio e caso haja necessidade deslocam-se para as residências.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Dr. Rudolph Kraus Junior: Tem como objetivo apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde no PSF. Realiza educação permanente em saúde para os profissionais e para a população; qualifica as equipes de acordo com a demanda e com dados epidemiológicos tornando o fluxo mais ágil e eficaz. Seu trabalho é sempre visando o coletivo.

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): Trata-se de um serviço complementar aos já existentes caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde.

B. Amostra pesquisada

Foram entrevistadas oito profissionais, coincidentemente todas do sexo feminino, que trabalhavam nas seguintes funções: auxiliar de enfermagem, educação física, enfermagem, fisioterapia, medicina e nutrição.

Todas já atuavam na Unidade de Saúde há bastante tempo, sendo que a que possuía menos tempo na unidade já estava há pelo menos um ano. Outros estão há mais de uma década e referem que grande parte dos atendimentos realizados são em idosos, devido ao perfil da Unidade, conforme anteriormente relatado.

As profissionais entrevistadas possuem as seguintes formações:

- Auxiliar de Enfermagem com graduação em Assistência Social,
- Educadora Física bacharel e licenciada com curso de pilates e ginástica laboral
- Enfermeira com especialização em Saúde da Família e Comunidade.
- Enfermeira com pós-graduação em Saúde Coletiva e Gestão em Saúde,
- Fisioterapeuta com pós-graduação em Gerontologia
- Fisioterapeuta que não relatou se possui formação adicional.
- Médica da Família com formação em Homeopatia e Otorrinolaringologia. Também possui pós-graduação em Saúde da Família.
- Nutricionista com especialização em Gastronomia, Saúde da Família e Gestão de qualidade em alimento.

Para a seleção da amostra, a principal preocupação era que ela fosse representativa da população global estudada. No entanto, assim como defende Correa (2006), logo que se decide obter informações por amostragem, surgem dois problemas: como definir cuidadosamente a população de interesse e como selecionar a característica que vai ser pesquisada.

Portanto, para a realização da pesquisa, os participantes foram selecionados baseando-se no procedimento de amostragem por julgamento ou intencional. Esta técnica consiste em selecionar um subgrupo da população que possa ser considerado

representativo para toda a população (MARCONI; LAKATOS, 1996). A seleção de amostras intencionais foi efetuada conforme o julgamento do pesquisador, adotando-se um julgamento que permita chegar a resultados confiáveis. Além disso, conforme afirma Oliveira (2001), a abordagem da amostra por julgamento é bastante utilizada quando é preciso incluir um pequeno número de unidades na amostra. Assim, escolheu-se pesquisar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) anexa a um Centro Integrado de Saúde e Educação da Terceira Idade (CISE) e também o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Como critério de inclusão para participar desta pesquisa a pessoa deveria ser profissional da área da saúde e trabalhar nos locais selecionados. Caso houvesse bacharéis em gerontologia no quadro de funcionários das Unidades estudadas, estes seriam excluídos da entrevista para que a imparcialidade da pesquisa fosse mantida. Além disso, objetivando respeitar os princípios éticos e legais da pesquisa com seres humanos, foi preservada a identidade dos participantes utilizando-se códigos para identificar os entrevistados e seus locais de trabalho.

As entrevistas ocorreram em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município de São Caetano do Sul que está anexa a um Centro Integrado de Saúde e Educação (CISE). Desta forma, ela se torna mais direcionada para o cuidado de idosos e, além de contar com equipes de atendimento de saúde habitual, participa da Estratégia Saúde da Família (ESF) e conta com uma equipe que faz atendimentos domiciliares na região.

A equipe mínima da ESF conta com seis agentes comunitários de saúde, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, e uma médica. Esta equipe realiza o atendimento ambulatorial por quatro horas diárias e nas outras quatro horas diárias realiza as visitas domiciliares, encontros de grupo como o Hiperdia (voltado para possíveis hipertensos e diabéticos), promove alguma atividade física com os pacientes presentes, dentre outras atividades, geralmente mais coletivas nesse período.

Na equipe geral da UBS, além desses profissionais da ESF também trabalham outros profissionais de atendimento laboratorial. São eles: auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, assistente social e psicólogo.

Na UBS são atendidos munícipes de todas as idades, mas como ela faz parte do atendimento do CISE, a quantidade e idoso atendidos é bem mais expressiva.

No CISE são disponibilizadas diversas atividades como: aulas de computação, de música (violão, flauta, teclado e canto), aulas de idiomas (alemão, francês, espanhol, italiano e inglês), atividades físicas (hidroginástica, alongamento, pilates, treino funcional, danças) e atividades lúdicas (jogos, passeios, festividades). Também incluíam-se atividades de assistência jurídica, educação nutricional, oficinas de memória, dentre outras. É interessante observarmos que, embora no Brasil o indivíduo seja considerado idoso com 60 anos ou mais, em São Caetano do Sul, em função da demanda social, as atividades voltadas para o público idoso são oferecidas para pessoas a partir dos 50 anos de idade.

C. Coleta de dados

A pesquisa apresentada fundamentou-se nos preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa, visto que esta metodologia foi considerada a mais adequada para se retratar a complexidade de uma situação particular, focalizando o problema em seu aspecto integral. O método qualitativo tem como objetivo a apreensão dos significados que os sujeitos atribuem a situações específicas e também a maneira como compreendem o mundo em que vivem e desempenham seus papéis na sociedade, *“constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.”* (MINAYO, 2010, p. 57). Além disso, no método qualitativo é importante tratar o assunto em grupos que se formam espontaneamente, garantindo-se assim, a diversidade e representatividade cultural de uma determinada população.

Deste modo, à semelhança do que recomendam Brisola e Marcondes (2011), buscou-se compreender de maneira mais profunda as experiências, representações, crenças e concepções dos sujeitos pesquisados, as quais, devido ao seu elevado grau de complexidade, não podem ser compreendidas unicamente através de indicadores ou reduzidos à operacionalização de variáveis, tabelas e índices, ainda que tais informações resguardem imprescindível importância. Estes autores assim se manifestam em sua publicação:

“A pesquisa qualitativa privilegia a singularidade do sujeito, pois a atitude de escuta e o interesse por parte do pesquisador despertam no outro o impulso de revelar-se mediante a narrativa oral por exemplo. Com ela, é possível caminhar na direção do resgate da experiência de vida pessoal, familiar, profissional e social da pessoa humana, indo para além dos aspectos circunstanciais materiais e estruturais que a envolve.” (p. 12)

Para realização desta pesquisa, primeiramente foi solicitada autorização institucional junto à Secretaria de Saúde de São Caetano do Sul (Anexo 2). Uma vez obtida a autorização, os dados foram inseridos na Plataforma Brasil para análise do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). O Projeto foi aprovado e o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) é o 80728317.8.0000.5505 e do Parecer Consubstanciado é 2490.729. Após esta tramitação, iniciaram-se os contatos com algumas Unidades de Saúde de São Caetano do Sul para a realização das entrevistas.

As entrevistas ocorreram nos dias 27 de março e 27 de agosto de 2018. Vale ressaltar que todos os profissionais que estavam presentes na ocasião da pesquisa foram convidados a participar. A entrevistadora se apresentou brevemente e explicou a pesquisa, enfatizando que estava interessada no conhecimento a respeito do gerontólogo bacharel. Os profissionais que concordaram em participar, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Anexo 3 - para leitura e assinatura. Somente a partir de então iniciou-se a entrevista.

D. Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados a respeito do profissional gerontólogo foram realizadas e gravadas entrevistas com profissionais da área da saúde que prestam serviço no município de São Caetano do Sul – SP. Como exposto anteriormente, tal escolha geográfica justifica-se pelos seguintes motivos: (1) a cidade concentra uma população significativa de idosos; (2) a rede básica do Município dispõe de diversas Unidades com equipes multiprofissionais voltadas especificamente para a atenção ao idoso (particularmente aquele com boas condições de saúde) e (3) a atuação do Orientador desta Monografia na Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS) facilitou

a realização de contatos com os gestores, no sentido de autorizar e acompanhar pesquisas desta natureza.

Segundo Gil, (1991), a entrevista se caracteriza pela obtenção de informações de um sujeito a respeito de um assunto ou um problema. A respeito da entrevista, Ribeiro (2008), também afirma que esta é:

“(...) a técnica mais pertinente quando o pesquisador quer obter informações a respeito de seu objeto, que permitam conhecer atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, o que significa que se pode ir além das descrições das ações, incorporando novas fontes para a interpretação dos resultados pelos próprios entrevistados.]” (p.141)

Ainda segundo Gil (1991), dependendo do grau de rigidez apresentado no roteiro que a norteia, ela pode ser considerada mais ou menos estruturada. No caso desta pesquisa, foram utilizadas questões essencialmente semiestruturadas nas entrevistas.

Manzini (1990) salienta que a entrevista semiestruturada possui como foco o problema sobre o qual é elaborado um roteiro de perguntas principais; entretanto, tais perguntas podem ser complementadas com questões que surjam no transcurso da execução da entrevista. Para o autor, neste tipo de entrevista é possível surgir espontaneamente informações mais livres e ricas. Marconi e Lakatos (1996) reforçam também que nesta técnica a ordem das questões pode ser modificada conforme o discurso do participante e o entrevistador possui maior liberdade para adicionar mais perguntas conforme a oportunidade. Sendo assim, os autores reforçam a necessidade de habilidade do entrevistador para conduzir as perguntas.

As entrevistas seguiram alguns eixos temáticos como roteiro, conforme demonstrado no Anexo 1. Dentre eles destacam-se: conhecimentos e valorização dos pesquisados a respeito do gerontólogo, considerando-se a formação e as competências desenvolvidas nos cuidados aos idosos; visão dos diversos profissionais a respeito de possíveis diferenças no cuidado pessoal dos idosos por equipes que incluem gerontólogos, e, por fim, levantamento de contribuições dos membros da equipe para a graduação de tais profissionais.

Quando havia interesse do entrevistado, ao final da entrevista a pesquisadora esclarecia um pouco a respeito das funções, da formação e da regulamentação da profissão.

A duração média das entrevistas foi de vinte minutos e foram todas gravadas e posteriormente transcritas, para análise.

E. Metodologia de análise dos dados

Para a organização dos dados a serem analisados foram adotados os processos preconizados por Bardin (2011): fase de pré-análise (com leitura exaustiva e flutuante, levando-se em conta as impressões e aprofundando gradativamente); e fase de exploração do material (com transformação do material utilizando-se de recortes das falas, agregação e enumeração, divisão em unidades de registro e posteriormente em categorias, conforme a semelhança de significados atribuídos). Este procedimento também se assemelha aos procedimentos preconizados por Franco (2012).

A técnica de análise de conteúdo é composta por três grandes etapas: a primeira é fase da pré-análise; a segunda fase é da exploração do material e a terceira fase é o tratamento dos resultados e interpretação. A primeira etapa é descrita como a fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, formulação de hipóteses e objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Na segunda etapa os dados são codificados a partir das unidades de registro. Na última etapa se faz a categorização, que agrupa os dados conforme suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns (BARDIN, 2011).

Respeitando-se os critérios de exclusão e inclusão, o número de entrevistados deu-se em função do interesse dos profissionais presentes em participar. Além disso, a entrevistadora observou a recorrência de respostas, ou seja, os participantes começaram a repetir as mesmas concepções e opiniões, então a coleta de dados foi interrompida após as duas visitas realizadas.

Os resultados foram discutidos por intermédio de diálogos com a literatura especializada consultada, no que se refere a visões dos pesquisados, expressas nas respostas às entrevistas realizadas.

F. Limitações da pesquisa

O instrumento escolhido pode, ao menos conceitualmente, apresentar algumas limitações como: dificuldade de expressão de ambas as partes (entrevistado e entrevistador); incompreensão por parte do informante e também imparcialidade e disposição do entrevistado em dar informações necessárias.

Entretanto, além das possíveis limitações na execução, o presente trabalho também apresenta uma outra limitação. Como a profissão possui um grande leque de possibilidades de atuação, inclusive ligadas à saúde (como os Hospitais, Hospitais Dia, Instituições de cuidados paliativos, equipes de atendimentos domiciliares, Centro de Referência à Saúde do Idoso (CRI), dentre outros), ficaria difícil conseguir entrevistar todos os diferentes tipos de serviços. Desta forma foi necessário limitar a pesquisa e escolheu-se pesquisar as duas modalidades de atendimento consideradas mais representativas no atendimento básico de saúde, que são as Unidades Básicas de Saúde e os Núcleos Ampliado de Saúde da Família.

V. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Devido ao caráter essencialmente qualitativo da análise dos dados obtidos nesta pesquisa, os resultados serão discutidos à medida em que forem apresentados, de acordo com os eixos de análise a seguir enunciados.

A. Profissionais que prestam cuidado aos idosos: as dificuldades na prática.

Questão: “Nas equipes que prestam cuidados de saúde às pessoas idosas, quais são os profissionais que você identifica?”

Nesta primeira pergunta do roteiro de entrevistas era esperado que os entrevistados citassem diversas categorias profissionais que prestam cuidados aos idosos, entretanto era possível que o gerontólogo não seria lembrado. E esta hipótese realmente se concretizou.

Esperava-se inicialmente que, por existirem no quadro profissional da UBS, seriam citados os seguintes profissionais: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social. Contudo, além desses profissionais também foram lembrados outros profissionais que, no município, contribuem com o cuidado prestado aos idosos. São eles: terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, auxiliar de farmácia, fonoaudiólogo, educador físico, agente comunitário, cuidador de idosos, professor de yoga, professor de idiomas, professor de música, atendente de recepção e médico geriatra.

Uma grande ênfase foi dada pelos entrevistados aos agentes comunitários de saúde.

“Eu acho que o papel do agente (comunitário) de saúde para o idoso é essencial. Ele que (...) acaba trazendo o idoso até a gente. Porque aquele idoso que vem na UBS ele vem todo dia, não tem problema, mas o maior problema nosso é esse que não vem. Então o agente aí é essencial.” (E3)

Este dado vai ao encontro das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que preconizam que os serviços de saúde ofereçam um novo enfoque no atendimento às pessoas idosas. Além disso, destaca a atenção primária e enfatiza a contribuição que os ACSs podem dar para manter os idosos saudáveis por mais tempo. Entretanto, também enfatiza a importância da integração dos serviços para atendimento das diferentes condições apresentadas por esta parcela da população (WHO, 2018).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) foi atualizada recentemente, tendo em vista o Pacto pela Saúde e suas Diretrizes Operacionais para consolidação do SUS. Esta política reforça a necessidade de enfrentamento dos diversos desafios que o envelhecimento populacional apresenta, quer seja por indivíduos que apresentam doenças ou condições crônicas não transmissíveis, porém passíveis de prevenção e controle, quer seja pelo surgimento de incapacidades que podem ser evitadas ou minimizadas. No entanto, entre tais desafios, sobressai “a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa”. (MARTINS et al., 2007).

Certamente a velhice é uma fase da vida dos indivíduos cujas peculiaridades exigem um atendimento em saúde especializado, demandando, portanto, pessoal qualificado para o cuidado dessas pessoas. Assim, é fundamental que os profissionais da saúde sejam capacitados e orientados para as peculiaridades do agir em saúde em face das necessidades do ser humano que envelhece e que intercale a subjetividade, a objetividade e as práticas em saúde com as particularidades da pessoa que cuida e da pessoa que é cuidada (MARTINS et al., 2007).

Em um estudo executado por Gelain, Alvarez e Silva, (1997), os autores comprovaram dificuldades referentes à falta de preparo técnico-científico dos profissionais que atuavam no cuidado de pessoas idosas.

Na prática, observa-se a escassez de profissionais especializados para cumprir as diretrizes essenciais de promover o envelhecimento saudável e manter a capacidade funcional do indivíduo (MARTINS et al., 2007). Assim, a OMS afirma que mesmo nos países mais ricos, as pessoas podem não estar recebendo os cuidados integrados à sua saúde de que necessitam.

Segundo salienta o Dr. John Beard, diretor do Departamento de Envelhecimento e Vida da OMS, "*Os sistemas de saúde do mundo não estão prontos para as populações mais velhas*". Esta afirmação é decorrente de pesquisa realizada com onze países de alta renda, em que aproximadamente 41% dos idosos (com idade igual ou superior a 65 anos) expuseram problemas sofridos nos atendimentos de saúde dos últimos dois anos (WHO, 2018).

Conforme defendido no Projeto Político Pedagógico do Curso de Bacharelado em Gerontologia da Universidade de São Paulo, no Brasil também é observada esta carência. Segundo eles, o número de profissionais com formação no campo do envelhecimento é muito reduzido, mesmo quando contabilizados os médicos geriatras e demais profissionais da saúde e da área social que possuem especialização em gerontologia. Além disso, afirmam que a formação de profissionais na pós-graduação é longa e dispendiosa, e somente uma pequena parcela dos profissionais alcançam este nível educacional. Somado a isso, já foi discutido que são poucos os programas de pós-graduação em gerontologia no Brasil (DE LIMA, 2009).

O profissional pós-graduado contribui com uma visão especializada, proveniente da sua formação original. Em contrapartida, o graduado em gerontologia obtém uma formação generalista e integrada sobre o envelhecimento humano e a velhice, e é preparado para agir nas especificidades deste processo e deste grupo (DE LIMA, 2009).

Contudo, as instituições que poderiam empregar os graduados em gerontologia ainda não parecem estar conscientes da real função do gerontólogo e o reconhecimento deste profissional ainda é reduzido, se comparado aos profissionais das demais áreas que possuem especialização na área da gerontologia (PELHAM *et al.*, 2012). Assim, este desconhecimento a respeito da profissão pode ser um dos responsáveis pelo resultado encontrado, ou seja, a não citação do gerontólogo na composição da equipe que presta cuidados aos idosos.

Outros profissionais que não são contratados na rede de saúde do município de São Caetano do Sul, mas que já estão estabelecidos no país há mais tempo e são, portanto, conhecidos, foram citados, como é o caso do terapeuta ocupacional (TO):

“A gente não tem TO na rede, mas é muito importante. A gente tem um trabalho de TO mas é um pessoal da faculdade que faz, da Fundação ABC (...) então eles cedem o profissional para fazer esses trabalhos, mas TO é indispensável. Eu acho que na parte de idoso é importantíssimo, (...) é indispensável. (...) E às vezes esta adaptação muda a qualidade de vida do idoso assim cem por cento.” (E3)

“A gente nunca teve terapeuta ocupacional no NASF mas a gente trabalha com a residência multiprofissional da Fundação ABC e vem terapeuta ocupacional. Então a primeira turma que veio e a última, que está agora, mudou muito, já teve um grande avanço. Porque as equipes ainda não sabiam o que um terapeuta ocupacional faz, não sabiam a atividade dele, confundiam, daí não aproveitavam o profissional, ele era sub aproveitado. Agora hoje não, o terapeuta ocupacional tem muita atividade para desenvolver junto à casa, junto ao paciente, junto ao cuidador desse paciente. Então acho que o gerontólogo teria que seguir esta mesma linha, então vem, começa a fazer um trabalho capacitando, explicando, orientando, daí as equipes vão ver a necessidade, tem interesse, vê que dá resultado, daí começa a acreditar mais no trabalho e também a procurar mais pelo gerontólogo.” (E6)

Outros profissionais também foram citados, como observado no trecho destacados a seguir:

“[Em uma equipe que vá prestar cuidados aos idosos] eu acredito que o profissional primordial seja o profissional da nutrição. Também o geriatra, que é o médico que acompanha eles, junto com a nutrição. Porque eles ainda não tem muito aquela noção de que a alimentação tem que andar junta com a medicação. A fisioterapia também é muito importante porque tem muitos idosos que são fragilizados (...). Terapeuta Ocupacional naqueles casos de idosos que já sofreram AVC e estão precisando daquela ajuda para a independência, que é o mais importante para eles. E profissional da educação física. (...) Porque é o que vai dar condicionamento para eles manterem uma vida mais independente e saudável até quantos anos eles alcançarem. Eu acho que esses profissionais deveriam compor a equipe mínima, mas podem ter outros profissionais. Pode ter professores, fonoaudiólogos, etc, pelo menos nessa parte da saúde é muito importante. Educador físico também porque tem só eu. Nos CISE existem professores de educação física também, cada CISE tem o seu, mas da minha parte mesmo, só tem eu (...) então realmente precisa de mais educador físico.” (E7)

B. Conhecimento, formação e atuação profissional do gerontólogo

Questão: “Você conhece a profissão do gerontólogo? A equipe na qual você trabalha conta com um gerontólogo?”

Por conta da experiência pessoal nestes quase dez anos como gerontóloga, já era esperado, pela pesquisadora, que os entrevistados desconhecêssem a formação do gerontólogo e, até mesmo, a existência da profissão. E este desconhecimento ficou muito evidente nas falas dos entrevistados.

“Não, eu nem conhecia essa profissão [bacharel em gerontologia]. Eu sei que ele [o gerontólogo] trabalha com o idoso, mas em que sentido? Eu não sei. Eu acho que você vai ficar muito rica porque só conheço você da área (risos).” (E7)

“Porque hoje se você for em qualquer equipe da saúde da família e perguntar se conhecem o gerontólogo, eles vão dizer que nem sabem o que é, não tem conhecimento. É falta de conhecimento mesmo. Não é nem porque não gosta, é porque não tem conhecimento mesmo, e daí não faz falta.” (E6).

“Eu sei que o geriatra é o médico que cuida da saúde e da doença do idoso, enfim. Agora, o gerontólogo, eu não conheço não.” (E8).

Diversas entrevistadas não apenas desconheciam exatamente a função do gerontólogo, como confundiam-na com a do geriatra.

“Eu não sei a diferença entre geriatria e gerontologia. Eu não tenho muito conhecimento porque em São Caetano nós não temos gerontólogos e os geriatras que nós temos ficam instalados nos CISEs, então a gente nem tem muito este contato. Mas eu imagino que o geriatra vai ver a questão do envelhecimento do idoso, o processo da doença no idoso e vai cuidar dessa doença. O gerontólogo não, ele vai estudar o que acontece com o idoso no seu desenvolvimento, no passar dos anos e da sua idade.” (E6)

Este resultado é semelhantemente ao que foi encontrado no estudo de Fratezi *et al.*, (2011) que entrevistou 10 profissionais e 12 idosos.

Uma das entrevistadas tinha um conceito que declarou ser equivocado sobre gerontologia, o que a levou a desejar fazer a especialização na área, em uma ocasião passada. Entretanto confundia o termo “geriatria” com a atuação de enfermagem em UTI. O mesmo pode ser observado na fala de outra entrevistada:

“[A gerontologia] É voltada ao idoso mas é bem diferente da geriatria né? Que acho que trabalha mais com a doença do idoso. Mas eu achava que era quase a mesma coisa que geriatria. (E2).”

Esta realidade também esteve presente na fala da maioria dos entrevistados. A exceção ficou por conta de uma profissional que participou de um projeto da antiga

gestão da Secretaria Municipal da Saúde que havia contratado um gerontólogo temporariamente para um projeto, no qual ambos trabalharam por um curto período.

Outra entrevistada nunca havia trabalhado diretamente com gerontólogo anteriormente, embora tenha tido algum contato com um gerontólogo que atuou durante um período na Unidade, tendo sido posteriormente desligado pela Prefeitura local.

Ainda outra profissional citou que o gerontólogo que atuou no CISE anexo à UBS pesquisada participou de vários projetos para terceira e para quarta idade. Um dos projetos era fazer um parque linear onde os idosos poderiam passar o dia desenvolvendo alguma atividade manual ou intelectual, inserindo o idoso na sociedade e ao mesmo tempo ajudando suas famílias, que muitas vezes não têm onde deixá-lo. O projeto ficou pronto mas, com o final da gestão do antigo Secretário da Saúde, o parque não foi implementado.

“[O gerontólogo deu] muitas [contribuições], eu acho que ele tem um conhecimento maior de toda a evolução desse idoso, da diferenciação (...) daquele idoso que está em atividade ou aquele idoso que já tem uma certa debilidade, até onde a gente pode ir com o idoso mais ativo, ou outro que não tem tanta atividade, o que a gente podia fazer. Ele dava muitas ideias para agirmos na parte coletiva com esses idosos, o que era essencial.” (...) Foi só essa oportunidade que eu tive de estar junto com eles [gerontólogos], mas eu não tenho nenhuma vivência da atuação deles num período longo, foi mais pelo projeto que eu tive esse contato. É uma pena que quem não participou do projeto não teve essa oportunidade.” (E3)

No estudo de Fratezi e colaboradores (2011) os entrevistados apontaram diversas possíveis atuações do gerontólogo nos equipamentos sociais, com destaque para a pesquisa, orientação/educação, proteção social e gestão/consultoria. Estas questões não emergiram nesta pesquisa e uma das hipóteses para este resultado pode ser a falta de conhecimento sobre a atuação profissional, conforme pode ser observada na seguinte fala:

“Mas a profissão do gerontólogo é mais voltada para a pesquisa científica ou você pode atuar na assistência também? Eu não conheço, gostaria que você me explicasse mais.” (E8).

Outra questão que pode ser apontada é que em um dos locais pesquisados, o conhecimento prévio de atuação do gerontólogo bacharel não envolvia estas

atribuições em sua atuação. Nesse sentido, o local pesquisado representa apenas uma das diversas possibilidades de atuação do profissional gerontólogo, tendo em vista a atenção à saúde e manutenção da qualidade de vida dos idosos.

De acordo com Lima-Silva e colaboradores (2012), o papel do gerontólogo no desenvolvimento de atividades pode ser composto por duas esferas: a primeira diz respeito ao planejamento das atividades juntamente com os idosos participantes, porque assim é possível identificar o que é preciso abordar de conteúdo e que torna o idoso corresponsável pelo planejamento. A segunda esfera é formada pelos profissionais envolvidos, ou seja, o gerontólogo está apto a capacitar os demais trabalhadores para que compreendam as alterações cognitivas, psicológicas e sociais do processo de envelhecimento. Além disso, ele pode fornecer alternativas próprias da gerontologia educacional para que os demais profissionais possam desenvolver suas atividades e atingirem as metas e os objetivos pré estabelecidos (LIMA-SILVA et al., 2012).

A respeito da atuação do gerontólogo, o Projeto Político Pedagógico do curso da USP (2012) afirma que:

“Como gestor, o egresso do bacharelado em gerontologia, está habilitado a realizar avaliações multidimensionais dentro de organizações e a desenvolver planos de ação para a solução dos desafios encontrados para o aperfeiçoamento dos serviços prestados. Atuando como gestor de casos, na área da saúde e na área social, o bacharel em gerontologia está apto a realizar a avaliação gerontológica ampla e a elaborar um plano de atenção integral à pessoa idosa. Faz parte de suas atribuições negociar a implementação deste plano junto ao idoso, sua família, a equipe que o assiste e, no limite, a comunidade do entorno, e realizar avaliações de seguimento.” (YASSUDA; CHUBACI, 2012, pág.3).

Além disso, ainda conforme o mesmo documento, a atuação do gerontólogo pode se dar em instituições de longa permanência, hospitais, centros dia, núcleos ou centros de convivência para pessoas idosas, serviços de assistência domiciliar, repúblicas e albergues, em programas educacionais e sociais, e em programas de reabilitação voltados para este segmento populacional. Do mesmo modo, ele pode atuar em instituições de ensino e centros de pesquisa.

Apesar de muitas das possíveis inserções do gerontólogo também serem executadas atualmente por outros profissionais, o gerontólogo possui uma formação específica sobre o idoso e o envelhecimento durante os quatro anos do curso, então esta especificidade certamente contribuirá nas discussões e tomadas de decisão nas equipes multiprofissionais para aprimoramento do trabalho oferecido (LUCHESE, 2017).

Questão: “Na sua opinião, qual é ou qual deveria ser a formação do gerontólogo?”

Embora a grande parte dos entrevistados não tivessem conhecimento a respeito da profissão do gerontólogo bacharel, contribuíram com opiniões diversas sobre a formação que ele deveria receber, visando o cuidado integral ao idoso. Alguns conteúdos já fazem parte da formação do gerontólogo, como é o caso dos conhecimentos básicos de saúde como aferição de pressão, punção de veias, aferição da glicemia, dentre outras práticas que podem ser efetuadas por diversos profissionais da saúde e não são, portanto, atribuições exclusivas da enfermagem ou de outra profissão da saúde. A relevância deste conteúdo formativo é defendido pela entrevistada 8, como pode ser observado a seguir:

“Eu realmente não conheço [a formação do gerontólogo bacharel] mas eu penso que se fosse para acrescentar algo a mais na formação dele seria (...) noções de enfermagem atrelados à assistência. Não só os conhecimentos específicos mas também as atividades básicas da enfermagem. Eu não sei se vocês chegam a ser confundidos, mas eu confundiria facilmente e falaria, “ué, mas você não é enfermeira? Você tem que saber fazer esse procedimento.” Mas eu também não sei se teria algum conflito com os conselhos de outras profissões. (...) Mas acho que teria que ter procedimentos de nível básico, não que tenha que ser o enfermeiro, mas se o gerontólogo está fazendo uma assistência, se ele está prestando um cuidado, ele também precisa ter a noção de gerenciamento desse cuidado (...) Então se o gerontólogo vai prestar assistência ele também tem que saber gerir isso.” (E8)

A este respeito, Pavarini e colaboradores (2009) também defendem que a formação do gerontólogo o habilita a desenvolver planejamento, organização e avaliação de programas assistenciais em diversos contextos de cuidados à saúde.

Uma entrevistada acreditava que a formação do gerontólogo incluiria tanto psicologia como “*atividades de lazer, de forma semelhante ao terapeuta ocupacional*”. Entretanto tais atividades não integram a formação escolar do gerontólogo. Já uma outra entrevistada associou o trabalho do gerontólogo somente com a “*parte social*” do cuidado do idoso. Porém, de maneira acertada, destacou como importantes na formação do gerontólogo:

“(...) os direitos do idoso...e um pouco de psicologia para saber lidar com as pessoas” e também disse o seguinte: “Acho que o gerontólogo estuda a parte da saúde, a parte social... Acho que você vai ter que olhar o idoso como um todo, não sei, o bem estar do idoso como um todo” (E1).

Em outra ocasião, outras entrevistadas também relataram acreditar que a atuação do gerontólogo é mais voltada para o “*lado social*” do idoso, o que reforça o caráter social da profissão do gerontólogo, como observado na fala abaixo transcrita. Esta visão do perfil do gerontólogo pode ter sido influenciada pela atuação de um profissional nos trabalhos no CISE ao lado da UBS entrevistada, pois, como anteriormente discutido, ele foi contratado para atuar em um projeto social. No momento, o mesmo não presta mais serviços ao Município, que encerrou seu contrato profissional.

“E ele.... [o gerontólogo atuou no CISE] foi através dele que me abriu um pouco a visão da gerontologia. Mas mesmo assim, eu nunca trabalhei diretamente com ele. Não sei muito a fundo não. Porque como as terceirizadas são voltadas para o social,... Por isso que ele ali era mais para a parte do social.” (E2)

Outros profissionais emitiram opiniões corretas a respeito da função do gerontólogo:

“Acredito que [o gerontólogo] vê até o convívio desse idoso, para entrar mesmo no psicológico, se ele é sozinho, se ele tem uma família, qual é a atividade dele, e toda essa parte de lazer, familiar, social psicológica... A sua qualidade de vida.” (E2)

É interessante ressaltar que o aspecto psicológico é um dos três eixos que estruturam o curso de graduação em gerontologia no Brasil. Os demais eixos são

compostos, como mencionado, pelas bases biológicas e sociais do envelhecimento humano (FALCÃO; CACHIONI; YASSUDA, 2009).

Os autores Canineu, Bizar e Canineu (2009) afirmam que quando o atendimento do idosos envolve alguma doença, na maioria das vezes a intervenção inicial será farmacológica. Porém, esta deve ser complementada pelas áreas psicossociais diversas, segundo as demandas de cada caso em particular. Segundo os autores, a abordagem não farmacológica não só complementa o tratamento medicamentoso, como potencializa seu efeito e dá condições para a adesão do paciente. Deste modo, afirmam que as intervenções psicossociais não só promovem o idoso, mas proporcionam ao cuidador, à família, e ao ambiente que o rodeia, melhores condições para que o envelhecimento ocorra de forma plena.

Devemos considerar que, quanto à formação do bacharel em gerontologia, o Projeto Político Pedagógico do curso da USP afirma que ela cumpre todos os requisitos para os demais cursos de graduação na área da saúde tanto nos eixos teóricos como nos estágios curriculares obrigatórios integrados. Assim apresenta o mesmo tempo de curso (8 semestres) e carga horária mínima exigida para os cursos de Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional (que possuem mínimo de 3.200 horas) (DE LIMA, 2009).

A estrutura geral do curso de graduação em gerontologia, prevê uma *“formação de profissional com competência generalista para atuar no processo de envelhecimento humano”*. Assim, o egresso do curso tem competência para participar ativamente no cuidado referente às transformações no perfil epidemiológico da saúde, em processo de transição, bem como para prevenir os agravos e promover o envelhecimento saudável e participativo (DE LIMA, 2009).

A respeito da prevenção de agravos, é importante salientar também que mesmo que o profissional queira estimular a autonomia do idoso, é preciso avaliar se o quadro clínico não está apresentando risco para o paciente, como muito bem observado por uma entrevistada, situando a importância do cuidado por familiares:

“Eu já trabalhei em PSF e sei que a gente tem várias discussões de caso que o idoso mora sozinho e já está perdendo a independência, e você tem que sensibilizar e arrumar ferramentas para sinalizar para os filhos que ele precisa de cuidado, porque eles não enxergam, não conseguem enxergar. E tem muito caso assim, não é pouco não. E muitas vezes o profissional também

não tem essa visão. Como ele vai sensibilizar um filho de que ele tem que cuidar do pai ou da mãe, que está na hora dele cuidar porque o idoso está sozinho, está lúcido e consciente, mas que a gente já vê que dentro do quadro clínico que ele oferta muito mais riscos que benefício, e você vê que o filho não está enxergando aquilo. Então eu acho que o gerontólogo faria muita diferença nesse tipo de discussão, porque os casos não são previsíveis, não tem uma regra diante deles, cada um tem sua vivência, sua história de vida, suas dificuldades, e muitas das vezes o profissional está desamparado. E até a gente mesmo, como gestor, a gente está submerso de tarefas administrativas e não tem como para pra fazer capacitação, porque só uma palestra não vai ser suficiente, não vai ser contínuo. Então eu penso mesmo no gerontólogo andando nas discussões de caso, seja nos matriciamentos ou mesmo em contato direto com as equipes dentro das unidades básicas. Eu acho que faria muita diferença, muita mesmo.” (E8).

Neste sentido, Cunha e Thomaz (2011, p.131) afirmam que é preciso ter em mente que a atenção deve ir muito além dos cuidados estritamente terapêuticos. É preciso “(...) *estar atento à qualidade de vida, aos níveis de autonomia e independência, ao meio ambiente social e físico. É estar compromissado com a promoção da saúde, com a prevenção de enfermidades, assim como com o tratamento adequado de quaisquer condições vigentes.*”. Portanto, a formação de todo o ciclo de vida que o gerontólogo recebe, pode auxiliar as equipes na tomada de decisão em relação à melhor conduta a ser adotada em casos como relatado acima e outros de mesmo nível de complexidade.

Questão: “Em seu entendimento, de uma forma ampla, qual o lugar que deve ser ocupado pelo gerontólogo nas equipes de saúde voltadas para o cuidado de idosos?”

Como observado anteriormente, a maioria dos entrevistados desconhecia até mesmo a existência do profissional gerontólogo, conseqüentemente, observou-se uma grande dificuldade em imaginar um cenário de atuação para ele, como pode ser observado na fala de uma das entrevistadas: “*Mas eu precisaria saber antes qual a função do gerontólogo.*” (E7).

Outros entrevistados relataram que não imaginavam a atuação do gerontólogo, mas expressaram interesse em conhecer mais a respeito desta nova profissão. Outros opinaram sobre onde achavam interessante este profissional se

inserir, baseados nas necessidades que visualizam atualmente no serviço, como pode ser observado nas falas:

“[Se tivesse gerontólogo no NASF seria] mais nessa parte de capacitação.” (E6)

“Eu acho que o gerontólogo seria aquela ponte, que atende, explica. Um dos projetos é trabalhar com o fortalecimento de acamados, então é com esse público que acho que o gerontólogo poderia dar apoio.” (E7)

“Com certeza [no NASF caberia a atuação [do profissional gerontólogo]. Uma vez que a gente pensa que o NASF é um núcleo de apoio, eu penso no profissional gerontólogo não só para prestar apoio mas também para trabalhar com esta questão de educação dentro das próprias equipes. Como ele é um profissional que circula, ele leva as informações para as equipes de uma forma também de apoio mas o profissional da gerontologia ele levaria até informações a mais, principalmente se tratando de um município em que a população é bem mais característica de idosos. (...) Não só vir aqui e dar uma palestra porque isso não adianta, agora o gerontólogo dentro de uma equipe NASF ou dentro da atenção básica, justamente pra poder sensibilizar tanto o profissional quanto o usuário para estas questões.” (E8)

No estudo de Fratezi e colaboradores (2011), alguns entrevistados mencionaram que a gerontologia é o estudo do indivíduo idoso, todavia não detinham um conhecimento mais aprofundado sobre o assunto. Esse desconhecimento demonstra a importância de disseminar informações sobre a gerontologia nos locais de assistência e também para a sociedade em geral.

“Eu não tenho um conhecimento tão bom quanto eu gostaria (...). Eu sou formada há vinte e cinco anos, então na minha época não tinha gerontologia, não tinha muitas coisas que a gente acaba aprendendo aqui e convivendo com a equipe multiprofissional, que eu acho que é essa parte mais interessante do trabalho.” (E5)

“Eu acho que deveria ter mesmo alguém que tivesse essa especificação para trabalhar com a saúde do idoso. Porque nós temos os profissionais da formação básica deles, de acordo com sua categoria, mas é muito difícil você tem um que esteja especializado na saúde do idoso. Eu acho que pelo menos para os Cises, teria que ter pelo menos um profissional voltado para a gerontologia, justamente por ter esse conhecimento a mais no cuidado à saúde do idoso, acho que ampliaria a questão de visão dos outros profissionais. Também acredito que devia ter pelo menos um gerontólogo inserido no nível de atendimento básico para a capacitação dos demais profissionais, porque atualmente não tem uma capacitação voltada para o atendimento desse público idoso. Existem capacitações de um modo geral, da função deles, muito voltado para o perfil epidemiológico do município, que é para as doenças crônicas, hipertensão e diabetes, mas não tão voltada para o idoso. Porque a gente tem em meio a campanhas que acabam acontecendo durante todo o ano, como o mês amarelo, outubro rosa, etc, então tem agora o de setembro que é o dia do idoso, então acaba voltando para este público

mas só neste período de campanha, não como uma coisa rotineira dentro da vida do profissional.” (E8)

Reforçando o caráter preventivo que é tão necessário no cuidado da saúde, e que é preconizado pelo Ministério da Saúde, uma das entrevistadas sugere que o gerontólogo bacharel deveria ser formado visando a atuação na Estratégia de Saúde da Família, com orientações preventivas nas visitas aos indivíduos:

“Eu acredito que [a formação do gerontólogo] deveria ser dentro da estrutura do Programa saúde da Família ou Estratégia Saúde da Família, como queiram denominar. Porque acho que daria mesmo pra... o Ministério vem já com essa linha há muito tempo, né? Eu acho que englobar todos estes profissionais e fazer essa equipe multiprofissional dentro da residência, etc, todo mundo saberia todo o processo de adoecimento, prevenção, promoção de saúde, enfim.” (E6)

Esta possível atuação realmente se enquadra nas diretrizes do Ministério da Saúde, uma vez que, de acordo com Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, cabe aos profissionais de saúde e à comunidade perceberem que a prevenção e a promoção de saúde não deve ser privilégio apenas dos indivíduos jovens. Desta forma, a promoção da saúde não deve parar quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas em ações para todas as idades (BRASIL, 2006a).

“Então, nessa rede de atendimento de idosos, o gerontólogo poderia trabalhar uma parte de seu tempo nos CISEs e outra parte do tempo no PSF ou ESF. Eu acredito que o Programa Saúde da Família que você atende desde a criança, desde a gestação até o idoso, acho que ele englobaria bastante porque na Terceira Idade ele fica mais restrito, e no Programa da Saúde da Família é mais global. Então o foco seria mais na prevenção.” (E6)

Alguns destes aspectos também surgiram em outras entrevistas, sobretudo concernentes aos aspectos preventivos da prática do gerontólogo:

“O gestor não enxerga muito ainda a prevenção, ele não tem muito esta noção de que com a prevenção você faz uma economia financeira, que você vai aumentando qualidade de vida na sua população, que você vai ter menos gasto com pronto socorro, menos gasto de internação... e eu acho que essa visão é que falta, não só aqui no município mas em vários municípios no Brasil. Eu acho que essa visão preventiva é muito escassa. E o gerontólogo tem tudo a ver com a prevenção. O gerontólogo, se você pegar um idoso já doente, internado, pouca coisa ele vai poder fazer. Então eu acho que o

problema maior é a falta de visão em relação à saúde. Isso acaba prejudicando o trabalho nosso como equipe mínima de saúde da família, como todo esse trabalho de gerontologia ou seja na terapia ocupacional, ou qualquer outra coisa que não esteja só associado ao atendimento, ao ambulatório... Ainda está muito ligado ao número, à produtividade, e não é por aí! A gente sabe que não adianta um médico atender oitenta pessoas no dia se ele não atender com qualidade: essas oitenta vão voltar amanhã com o colega que estiver no plantão. Então, é melhorar a qualidade, melhorar a prevenção, é fazer atividades que os pacientes tenham entendimento das suas reais necessidades, que eles venham nas UBSs ou ao local de saúde para realmente buscar a sua necessidade. É essa visão que eu acho que falta para os gestores.” (E3)

“Hoje eu acho que existe ainda muito preconceito, muita falta de sensibilização e consciência do que é estar idoso e isso parte também muito dos mais jovens. Eu percebo isso até mesmo dentro do quadro de profissionais de enfermagem. Eu tenho uma gama de auxiliares novos e tem outros que já estão em finalização de carreira ou que já aposentou mas continua e tem uma série de limitações. Eu tenho profissionais que não tem mais a menor condição de fazer vacina, por exemplo, e isso é muito difícil de interação com os mais novos, que muitas das vezes não respeitam, não entendem, sabe, não só nessa linha do profissional, mas da população toda falta muita conscientização sobre o ser idoso, estar idoso. Então acredito que o gerontólogo vem com essa visão e eu gosto muito dessa coisa da discussão de caso, da troca, que eu acho que aproxima mais as pessoas e sensibiliza mais também.” (E8)

Infelizmente, vemos que no modelo de saúde vigente no Brasil ainda predomina o modelo assistencial, que dá prioridade às ações curativas, centradas no atendimento médico e com uma visão essencialmente biologicista da doença. Esse modelo limita a educação em saúde a apenas estimular os indivíduos a modificarem suas atitudes consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento. Também nesse modelo, quando são propostas atividades chamadas participativas com a população, geralmente estas são em forma de grupos, aulas ou palestras, praticamente sem outras estratégias que não sejam destinadas a elucidar dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais (Caldas, 2003).

No entanto, *“atitudes paternalistas e assistencialistas podem gerar efeitos negativos para a autonomia dos idosos, pois desencadeiam a dependência do cuidado profissional”* (MARTINS et al., 2007).

Ainda conforme o Projeto Político Pedagógico do curso da USP, o gerontólogo atua para reduzir os mitos e visões estereotipadas a respeito dos idosos. Neste sentido, o egresso está capacitado para, na área da saúde, atuar com as equipes

multiprofissionais na gestão dos casos clínicos e promoção do bem-estar biopsicossocial das pessoas atendidas (DE LIMA, 2009).

Porém, para que a pessoa idosa mantenha sua autonomia e independência, Martins e colaboradores (2007) defendem que é *“imprescindível o preparo/capacitação dos profissionais da saúde, uma vez que estes estão envolvidos diretamente no cuidado”*.

Tal multiplicidade de atuações do gerontólogo foi apontada nas entrevistas:

“Eu acho que a maioria das matérias no momento da formação [do gerontólogo] são voltadas mesmo para o conhecimento da evolução da terceira e da quarta idade. Como é que esta pessoa vai adquirindo essas dificuldades, qual é a atenção que eu tenho que ter com o idoso, quais as necessidades desse idoso, acho que é mais nesse sentido, pelo menos era o que me passava essa equipe que estava aqui comigo. (...) Eu acho que [o gerontólogo] tem que ter um conhecimento físico, não digo igual à medicina, mas muito parecida, que você tem que saber a parte fisiológica do idoso, essas modificações, o que é normal, aquela dificuldade visual, dificuldade de deambulação, conhecimento anatômico, e fisiológico para entender o que é normal o idoso perder e o que não é normal, o que seria patológico. O que ele precisa encaminhar para um geriatra, ou para um médico de família ou para um médico que possa acompanhar esse idoso, um neurologista, até que ponto ele pode intervir e até que ponto precisa de um profissional de formação médica. (...) A [terapia] ocupacional deve estar colocada muito dentro desse currículo porque acho que o papel do gerontólogo é, além de conhecer o idoso, conhecer a atividade, o dia a dia desse idoso, ele tem que ter uma visão de onde ele pode ajudar o idoso. Também a parte de fisioterapia,... eu acho que tem que ter uma visão bem geral mesmo, não consigo ver uma formação sem esta complexidade toda.” (E3)

“Então a gente caba vendo que há uma preocupação, que vem da saúde pública terceirizando para os gestores públicos municipais que tem que se haver atividades para esse público e mudar mesmo a mentalidade das pessoas. Então o profissional que tem o conhecimento científico da área, ele vem para mudar a cabeça das pessoas, de que o idoso precisa de uma atenção a mais. Esse eu acho que é o papel do gerontólogo.” (E8)

C. Possíveis motivações para ausência do gerontólogo no mercado de trabalho

Questão: “A que motivo você atribui esta ausência do gerontólogo bacharel no mercado de trabalho? O que precisa ser feito para mudar este quadro”

Como possíveis causas da inexistência de gerontólogo nas equipes era esperado que seriam citadas algumas hipóteses, que foram confirmadas pelos entrevistados. São elas:

a) Desconhecimento da profissão

Uma entrevistada declarou acreditar que a falta de gerontólogos decorre do desconhecimento da existência desta profissão e de suas especificidades. Esta crença foi confirmada também na fala de outra entrevistada, que afirmava desconhecer a existência de graduação em gerontologia, achando que fosse apenas especialização, cursada por outros profissionais da saúde.

Os dados levantados também permitiram levantar que o trabalho do gerontólogo deve ser mais conhecido pelas equipes, para que os demais profissionais se conscientizem de sua importância. Além disso, foram sugeridas ações mais amplas de informação e conscientização, inclusive a nível de Ministério da Saúde, com abertura de concursos para estes profissionais.

No contexto da inserção no mercado de trabalho do gerontólogo, na fala das entrevistadas ficou claro o desconhecimento da profissão, haja vista uma confusão da gerontologia com a geriatria. Uma profissional por três vezes afirmou que já havia trabalhado com gerontólogo, se referindo ao geriatra.

“Eu achava que gerontologia tinha a ver com a parte de medicina. Eu nunca imaginei que teria bacharel em gerontologia.” (...) [Para mudar este quadro de ausência de gerontólogo] basicamente podem vir explicar o que significa, para as pessoas saberem. (...) [Gerontólogos são] profissionais que você não encontra fácil. Eu nunca tinha ouvido falar”. (E5)

“A causa da ausência ou escassez de profissional eu acho que é o desconhecimento mesmo.” (E3)

“[Precisa] divulgação! Colocar em faculdades mesmo.” (...) Eu nunca vi ninguém formado bacharel em gerontologia, só especialista, você é a primeira! Eu ia perguntar: ‘mas antes (da gerontologia) você fez o quê?’” (E4)

Lopes (2000) defende que a constituição e o reconhecimento de uma nova área profissional passa pela legitimação dos espaços acadêmicos e profissionais, bem

como pela organização e negociação dos novos espaços de atuação e práticas. Silva e colaboradores (2009) concordam com a autora e acrescentam que o desafio desse campo em formação é, principalmente, estruturar a identidade e a representação profissional do bacharel em gerontologia. Isso porque tanto a academia quanto a sociedade civil em geral buscam novas visões sobre a atenção no envelhecimento e na gestão da velhice e os profissionais no campo da Gerontologia podem ampliar e inovar sua atuação.

b) Escassez de profissionais no mercado de trabalho

Além do desconhecimento a respeito da profissão, observou-se nas entrevistas a atribuição da não inserção de profissionais à carência destes no mercado de trabalho.

Já a entrevistada 4 acredita que a escassez de gerontólogos se deve ao pouco tempo de criação da profissão, conforme pode ser observado na fala a seguir:

“O fato da gente não ter visto ainda é por conta disso mesmo, que está no início, né?” (E8).

[A ausência de gerontólogo] é porque a profissão é muito nova ainda. Eles autorizaram a exercer a profissão faz muito pouco tempo, não é? (E4)

A escassez de gerontólogos também é atribuída à pouca demanda que teria deste novo profissional, porque as necessidades atuais já seriam supridas por outros profissionais, como se observa nos relatos a seguir:

[A ausência de gerontólogo é] porque já tem médico geriatra. (E5)

[A ausência de gerontólogo] Não é nem porque [a gente] não gosta, é porque não tem conhecimento mesmo, e daí não faz falta. Então se hoje tirar o terapeuta ocupacional daqui, meu Deus, o pessoal já vai ficar doido porque já tem a demanda criada. Então é isso, o gerontólogo tem que criar a demanda. (E6)

Primeiro porque eu acho que isso é algo novo. Eu acho que caminha mesmo com a preocupação da saúde pública de um modo geral em ver que as pessoas estão envelhecendo, a própria pirâmide populacional mostra que as pessoas estão envelhecendo e está ficando invertido, está nascendo menos gente então na minha cabeça o gerontólogo vem como uma coisa inovadora, então acho que a gente ainda não conheceu por agora porque é novo mas eu acredito que num futuro próximo isso vai ser muito comum. Assim como cresceram as categorias dos profissionais da saúde, o gerontólogo também

vai acabar adquirindo o espaço dele, e vai ser dentro das instituições de saúde, das instituições para idosos, enfim. Então assim como acabou sendo obrigatório ter um profissional da saúde em cada uma delas. (E8)

A gerontologia, conforme discutido, é uma área de atuação relativamente nova, considerando-se sua consolidação após a década de 1950 nos países europeus com o crescimento de estudos sobre as condições de vida, saúde e bem-estar dos idosos e das pessoas em processo de envelhecimento (NERI, 2001).

D. Valorização do profissional gerontólogo na equipe

Questão: “Você acredita que a atuação do gerontólogo pode contribuir para o aprimoramento à saúde dos idosos? De que forma?”

Diversos entrevistados confirmam que nunca trabalharam com gerontólogo, como pode ser observado na fala da entrevistada 1: *“Olha, mesmo eu trabalhando na saúde, eu nunca vi profissional gerontólogo!”*. Entretanto, mesmo que nunca tenha tido contato com esta categoria, alguns entrevistados reconhecem a importância de um profissional especializado no envelhecimento e reportam que gostariam de contar com um gerontólogo no seu ambiente de trabalho.

“Nós sabemos que a nível nacional a população idosa caminha para isso, seria preciso mesmo ter um profissional que estivesse voltado para sensibilizar os outros profissionais para esta visão da saúde do idoso.” (E8)

“Eu acredito que [houvesse gerontólogo em São Caetano] seria muito importante, principalmente no sentido da prevenção e promoção da saúde, que é mais onde o Nasf trabalha. Basicamente o Nasf é prevenção e promoção de saúde então seria interessante sim.” (E6).

As entrevistadas verbalizaram o desejo de que houvesse um gerontólogo na equipe para atender aos idosos:

“Seria importante para a equipe, principalmente no PSF, ter um gerontólogo. Ia ajudar muito porque a gente tem muito problema com o idoso que não é só de doença, a gente precisava de um gerontólogo para ajudar nessa parte social, psicológica... A gente tem muita carência disso, principalmente em São Caetano, que tem tanto idoso.” (E2)

“[A presença de um gerontólogo mudaria] as ações em saúde. Não tem gerontólogo para orientar, focar. A gente tem profissional de educação física, mas não tem um profissional para auxiliar especificamente o idoso.” (E4)

“Mas antes (...) eu não imaginava que havia tantos idosos fragilizados e acredito que eles precisam mesmo de uma atenção muito individualizada, específica. Se você trabalhasse comigo, na minha equipe, seria muito bom.” (E7)

“[A importância do bacharel em gerontologia] é essa parte de orientação, de cuidados básicos, até da parte mesmo da política, de leis, dos direitos, da parte de assistência social, o LOAS, essas coisas, orientar onde ele tivesse com dúvida, que lugar que ele pode ir se tratar, avaliação, conhecimento da área.”(E5)

Assim, de uma forma geral, observou-se, a par do desconhecimento a respeito das peculiaridades da formação e da atuação do gerontólogo, uma valorização, pelos profissionais entrevistados, a respeito de sua possível contribuição no cuidado à saúde do idoso, expressa pelo desejo da inclusão do mesmo nas equipes.

Entretanto, mesmo reconhecendo que o gerontólogo bacharel poderia contribuir para a melhoria do serviço de atendimento aos idosos, algumas gestoras entrevistadas afirmaram que, no momento, se fossem contratar um profissional, contratariam categorias profissionais conhecidas e já estabelecidas nos atendimentos de saúde, porque já existe uma demanda claramente formulada.

“Então hoje se você me perguntar quem você vai contratar eu falo: prefiro contratar terapeuta ocupacional e psiquiatra por conta da demanda populacional da cidade, por conta da demanda que já existe. Mas que seria de grande valia na cidade um geriatra no NASF para ajudar nessas questões, seria interessante, até se for o caso, o gerontólogo, que você está mostrando aí um outro profissional que a gente não conhecia, médico homeopata, acupuntura, e todas as outras práticas integrativas complementares (PICs), seria bem interessante dentro do NASF. (...) tem uma Universidade Holística que tem interesse em fazer um trabalho de estágios conosco então vai trazer profissionais com prática em reiki, meditação, acupuntura, auriculoterapia, floral, toda essa linha mais natural que com o passar dos anos a população foi esquecendo, e acabou virando só medicamentoso. A nossa ideia é que a gente, aos pouquinhos a gente consiga mudar essa ideia junto à população.” (E6)

No Município de São Caetano o NASF está dividido fisicamente em três equipes e conta com uma equipe multidisciplinar composta por: nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, assistente social, psicólogo e

farmacêutico. Porém, os entrevistados referiram que há duas classes profissionais que sentem falta no NASF que é a Psiquiatria (pois o profissional que existia saiu da equipe e ainda não foi repostado) e Terapeuta Ocupacional, que existe como parceiro de uma faculdade, em caráter de estágio.

A este respeito uma entrevistada reforçou esta necessidade:

“Aqui (no NASF) falta psiquiatra. A gente vê que aqui em São Caetano a saúde mental precisa muito, então aqui no NASF precisa de psiquiatra porque não tem.” (E7)

“A gente nunca teve terapeuta ocupacional no NASF mas a gente trabalha com a residência multiprofissional da Fundação ABC e vem terapeuta ocupacional. Então a primeira turma que veio e a última, que está agora, mudou muito, já teve um grande avanço. Porque as equipes ainda não sabiam o que um terapeuta ocupacional faz, não sabiam a atividade dele, confundiam, daí não aproveitavam o profissional, ele era sub aproveitado. Agora hoje não, o terapeuta ocupacional tem muita atividade para desenvolver junto à casa, junto ao paciente, junto ao cuidador desse paciente. Então acho que o gerontólogo teria que seguir esta mesma linha, então vem, começa a fazer um trabalho capacitando, explicando, orientando, daí as equipes vão ver a necessidade, tem interesse, vê que dá resultado, daí começa a acreditar mais no trabalho e também a procurar mais pelo gerontólogo.” (E6)

Entretanto, para mudar este quadro, algumas sugestões foram dadas, no sentido de criar a demanda pelo serviço do profissional gerontólogo:

“Esta questão eu acho que é mais uma conquista de espaço da categoria. Se você disse que são 300 [gerontólogos bacharéis formados], então que esses 300 se unam pela categoria, através da associação, pra fazer mesmo um marketing, uma divulgação em todas as cidades, porque as vezes o que está faltando é a divulgação mesmo, até entre os profissionais da saúde, os da estratégia da saúde na família que são em grande número e que tem contato com a comunidade, porque fazem o elo com a comunidade fora do serviço de saúde. Então não sei se através de palestras, através de campanhas, mas precisa aparecer mesmo, que é um momento de conquista. Falta mesmo aparecer mais, se mostrar nas escolas de saúde, nas escolas técnicas, eu acho que o pontapé inicial seria mesmo esse contato com os profissionais de saúde porque eles vão multiplicar a informação, através do usuário. E depois, em um outro momento, se chegar aos usuários, através de campanhas, mutirões enfim. E ir se aproximando mesmo, dos profissionais, dos gestores, enfim, pra conquista de espaço”. (E8)

“Gerontologia é uma área nova pra gente, então pra entrar no NASF teria que ser realmente um trabalho bem legal do NASF no sentido de capacitação das equipes, atualização profissional das equipes, precisa de conhecimento para o agente comunitário saber a função e ajudar nesse trabalho, o enfermeiro, o médico, é um trabalho processual aí”. (E6)

Contudo, vale ressaltar que a falta de capacitação específica para o atendimento ao idoso na realização do trabalho pode resultar em experiências insatisfatórias, tanto para o profissional quanto para a equipe, com consequentes déficits na oferta do cuidado ao idoso (BISSOLI; CACHIONI, 2010).

A respeito da atuação profissional do gerontólogo, Pereira, Mata e Pimentel (2012) realizaram uma pesquisa com gestores de instituições que possuíam gerontólogos em seus quadros de funcionários e concluíram o seguinte:

“Foram encontradas evidências empíricas bastantes sobre a especificidade do trabalho efetuado pelos gerontólogos. É nítida a evidência de competências técnicas, comunicacionais e organizacionais, que podem ser consideradas específicas a este grupo profissional e que se distinguem das evidenciadas por outros diplomados cuidadores de idosos. O destaque vai para a sensibilidade dos gerontólogos para detetar atempadamente sintomas de envelhecimento patológico e para o contacto pessoal com o idoso e suas famílias.” (pág. 183).

O presente trabalho é muito importante porque é possível observar que há poucas publicações a respeito da profissão do gerontólogo bacharel. E é ainda mais raro encontrar estudos sobre a valorização profissional do gerontólogo. Entretanto, genericamente, em trabalhos que estudaram a valorização de outras profissões foi encontrada a seguinte definição para a valorização profissional:

“(...) a valorização está diretamente ligada a elementos que promovem esta condição, como: Formação, formação inicial e continuada, planos de carreira, remuneração, piso, carreira, condições físicas do local de trabalho, autonomia profissional, organização da carreira ou condições de trabalho, como estabilidade, carga horária. Tais elementos não surgem do nada, são reflexos das disputas que levam a regular as relações de trabalho (...) em documentos e leis nacionais.” (Grochoska, 2016, pág. 2).

A respeito deste mesmo assunto, Pimentel (2007) afirma que “o desenvolvimento da profissionalidade do indivíduo reflete sua qualificação quanto a competências, conhecimentos, sentimentos e postura ética relativos à profissão.”.

Pereira e Caria (2013) defendem que:

“O trabalho profissional do gerontólogo é construído na interação cuidador/pessoa cuidada; É complexo quanto à natureza do conhecimento, competências e princípios que mobiliza. É promotor de confiança, de autoeficácia e de empoderamento. É um referencial (construtores) de identidade e de uma cultura profissional. É emancipador, gerando inovação e promovendo a excelência do serviço.” (pág. 88).

Além disso, acreditam que

“O profissionalismo é cada vez mais definido pela qualidade do serviço prestado e consequente reconhecimento do mesmo pelos “clientes”; pela capacidade reflexiva dos profissionais, pela sua polivalência e, sobretudo, pela sua capacidade de operar em contextos interdisciplinares.” (pág. 89).

No entanto, por ser uma profissão ainda em fase de conquistar seu espaço no mercado de trabalho, é notável uma certa consciencialização dos gerontólogos bacharéis de que seu papel social e no contexto profissional deve ser algo a ser conquistado, que tem de ser construído. É possível observar uma certa ansiedade e preocupação por parte dos profissionais a respeito das dificuldades inerentes à conquista do lugar próprio no campus profissional (PEREIRA, 2008).

No entanto, mesmo com o desconhecimento a respeito da profissão no município pesquisado, ainda é possível imaginar que a ampla atuação do gerontólogo nas equipes de saúde pode se tornar realidade. Neste sentido, uma fala merece destaque:

“Quem sabe um dia teremos esses profissionais conosco. Porque para a gente contratar um profissional que já faz parte da rotina tem que estar amparado de argumentos, porque precisa [dele] etc. Imagina uma profissão inovadora! Porque muitas vezes só numa conversa você não consegue convencer o gestor de que é preciso, você tem que mostrar relatórios, apresentar dados populacionais, enfim, é muito trabalhoso.” (E8).

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados, colhidos em um município paulista no qual há uma expressiva magnitude de cuidados de saúde a uma população idosa, permitiu concluir que a profissão do gerontólogo bacharel ainda não é devidamente conhecida por profissionais e gestores da saúde. No entanto, a princípio, era esperado que esses profissionais tivessem algum conhecimento a respeito da profissão pelas seguintes razões: (i) há poucos anos houve a participação de um gerontólogo na rede de saúde do município; (ii) as unidades de saúde pesquisadas atendem a um grande número de pessoas idosas, ainda mais pelo fato de trabalharem junto a um núcleo especializado nesta faixa etária, o CISE; (iii) o município é conhecido por ter uma população de idosos em quantidade significativa e costuma investir em serviços voltados para esta população; (iv) o município está há apenas 30 quilômetros de distância da USP, pioneira na oferta do curso, portanto é geograficamente próximo a um ambiente de formação desses profissionais.

Porém, mesmo com essas diversas motivações, foi possível constatar que há um grande desconhecimento a respeito da profissão. É possível extrapolar os dados obtidos, afirmando que em regiões menos favorecidas, em termos de serviços de saúde para a população idosa, a profissão será ainda menos conhecida. Portanto, não há tanta procura pelos serviços oferecidos por estes profissionais e a valorização da profissão fica comprometida.

Além disso, a confusão entre os entrevistados a respeito do gerontólogo e do geriatra chama particularmente a atenção porque é muito frequente.

No Brasil, há algumas centenas de gerontólogos bacharéis formados, a maioria residente no estado de São Paulo, que é onde existem as ofertas de curso atualmente. Entretanto, se pensarmos que ainda há pouco conhecimento e, conseqüentemente, pouca procura por esses profissionais, poderemos presumir que os gerontólogos estão sendo pouco aproveitados e seu conhecimento desperdiçado, já que é poderia contribuir muito com a melhoria dos serviços prestados aos idosos.

O resultado obtido com a presente pesquisa teve concordância com outras pesquisas na área. Como motivos para o desconhecimento do gerontólogo bacharel, autores de trabalhos semelhantes sugerem que talvez possa ser o fato dessa área de conhecimento ser nova, pouco divulgada e contar com novos e poucos profissionais com essa formação específica. Estas hipóteses foram corroboradas pelo presente trabalho.

Para mudar este quadro de desconhecimento a respeito do profissional, as sugestões dadas pelos entrevistados nesta pesquisa foram: ampla divulgação da profissão e de quais atuações são possíveis ao profissional; regulamentação através da aprovação de leis que orientam a atuação do profissional e por último a instituição de um Conselho que estabeleça as normas sobre o que pode e não pode ser feito pelo profissional. Destas sugestões, é possível aos gerontólogos realizar apenas a primeira sugestão, que é a de divulgação, posto que as outras sugestões dependem de aprovação em níveis políticos mais elevados. Entretanto, é importante que os gerontólogos conheçam estas lacunas e se mobilizem para pressionar os órgãos competentes a fim de modificar esse caráter de não reconhecimento da profissão.

É possível observar que a falta de conhecimento forma um círculo vicioso: há o desconhecimento a respeito desse profissional, conseqüentemente a procura pelo curso é pouca. Com isso, não há tanta oferta de cursos de formação e, portanto, menos profissionais são formados. E como há pouca qualificação profissional, agrava-se o desconhecimento a respeito do gerontólogo. Então é necessário que esta cadeia seja quebrada, e a maneira mais eficiente é a divulgação maciça a respeito da formação, atuação e importância desse profissional.

Por outro lado, a respeito da formação do gerontólogo é possível concluir que, no geral, a escolha de conteúdos que compõem o currículo está sendo adequada porque correspondem à maioria das sugestões que os entrevistados deram. Dentre estas, destacam-se: (i) estudar aspectos biológicos, psicológicos e sociais que envolvem as pessoas idosas; (ii) ter formação generalista para compreender o idoso nas diversas dimensões que o envolvem, dando assim subsídios para a discussão de casos que envolvam a escolha de condutas intervencionais, analisando-se todos os aspectos envolvidos; (iii) ser capacitado para realizar procedimentos básicos, que são

permitidos à todos os profissionais da saúde; (iv) exercer o gerenciamento de cuidados à saúde dos longevos; (v) compreender adequadamente conceitos a respeito de saúde ligada ao bem estar e à qualidade de vida; (vi) ser capaz de atuar em equipes multiprofissionais, (vii) promover a saúde e prevenir enfermidades e limitações da capacidade dos idosos, em termos do respeito à sua individualidade e independência; (viii) considerar todo o ciclo de vida do ser humano envelhecido, permitindo diferenciar o que é normal e o que é patológico e (ix) atuar no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Além disso, na visão dos entrevistados, o gerontólogo deveria ser um profissional: (a) que aproxima o idoso das unidades de saúde pois, segundo eles, ele teria um contato maior com o paciente e seria o responsável por acolher, sanar as dúvidas, ampliar o conhecimentos dos usuários sobre sua saúde, dentre outras questões; (b) que circula nos diversos níveis de cuidados prestados pelos demais profissionais, complementando-os; (c) que atua na educação dentro das próprias equipes, ou seja, promove capacitações de outros trabalhadores (d) que pode trabalhar na UBS, na ESF, no CISE e no NASF, ou seja, em todos os locais pesquisados os entrevistados visualizam a potencial atuação dos gerontólogos.

Todavia, um problema observado no atendimento do idoso é que profissionais e gestores nem sempre acreditam ser necessário uma formação específica na área do envelhecimento para atuar com idosos. Diversos profissionais atendem a esta população de acordo com sua formação de base, que muitas vezes não possui conteúdos significativos a respeito dessa fase da vida, então é muito difícil que o profissional tenha algum conhecimento consistente que o auxilie no cuidado diferenciado. Isso pode prejudicar o atendimento porque nem sempre a conduta escolhida pelo profissional será adequada para a população dessa faixa etária. Ora, assim como alguns professores sinalizam a necessidade de uma abordagem diferente para educar as novas gerações, é possível afirmarmos que para as gerações de senis também é necessária uma abordagem mais especializada, que não o infantilize, que o respeite e estimule sua autonomia e independência mesmo quando ele apresentar fragilidade, que perceba quais mudanças podem indicar situações de doença e que saiba decidir a melhor ação, e o principal: que tenha conhecimento além do que é senso comum sobre o envelhecimento.

Frente ao exposto, é possível concluir que a profissão ainda está em fase de consolidação no Brasil e que há muito a se fazer pelo reconhecimento e valorização da categoria. Além disso, é necessário formar uma identidade própria do profissional, propiciando que tanto os próprios gerontólogos como os usuários e os gestores possam visualizar a importância de sua atuação. Acreditamos, contudo, que esta realidade só possa ser atingida com o tempo e com muito trabalho. Portanto, o que resta é continuar divulgando a profissão nos diversos contextos da atenção à saúde dos idosos, conquistando, por intermédio do trabalho constante de valorizar a profissão através da própria conduta.

VII. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GERONTOLOGIA (ABG). **Cursos de Gerontologia**. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.abgeronto.org.br/cursos-de-gerontologia>. Acesso em 18/09/18.

ALKEMA, G.E.; ALLEY, D.E. Gerontology's future: an integrative model for disciplinary advancement. **The Gerontologist**. v. 46, n. 5, p. 574-582. 2006.

ALKEMA, G.E.; REYES, J.Y.; WILBER, K.H. Characteristics Associated With Home- and Community-Based Service Utilization for Medicare Managed Care Consumers. **The Gerontologist**. v. 46, n. 2, p.173-82, 2006.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1972, p. 1–18, 1997.

BALTES, P.B.; SMITH, J. **Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade**. A Terceira Idade, v. 17, p. 7–31, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BASS, S.A.; FERRARO, K.F. Gerontology Education in Transition: Considering Disciplinary and Paradigmatic Evolution. **The Gerontologist**. v. 40, n. 1, p. 97–106, 2000.

BASTOS, A.; FARIA, C.; GONÇALVES, D.; LOURENÇO, H. **Envelhecimento ao longo da vida e prática gerontológica: Algures entre o pronto-a-vestir e o fato à medida?** Revista Científica EXEDRA, p. 10–28, 2015.

BESSE, M. A. **Equipe Multiprofissional em Gerontologia e a Produção do Cuidado: um estudo de caso**. Revista Kairós Gerontologia, v. 17, n. 2, p. 205–222, 2014. Disponível em: <http://ken.pucsp.br/kairos/article/view/22662/16432>. Acesso em 20/10/2016.

BIRREN, J.E.; BENGSTON, V.L. **Emergent theories of aging**. Nova York: Springer Publishing Co. 1988.

BISSOLI, P.G.M.; CACHIONI, M. **Educação Gerontológica: breve intervenção em Centro de Convivência-Dia e seus impactos nos profissionais**. Revista Kairós Gerontologia, v. 14, n. 4, p. 143–164, 2010.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da

República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 18/09/2018.

BRASIL. **Lei nº 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. Brasília, DF: Presidência da República, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em 20/05/2016.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 18/09/2018.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, v. 7, 3ª edição, p. 60, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em 16/08/2018.

_____. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em 06/08/2018.

_____. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em 26/08/2016.

_____. **Projeto de Lei n. 334, de 2013** (do Senado Federal). Dispõe sobre o exercício da profissão de Gerontólogo e dá outras providências. Diário do Senado Federal, Brasília, n. 164, 2017. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/114007>

BRISOLA, E.; MARCONDES, N. **A História oral enquanto metodologia dentro do universo da pesquisa qualitativa**: um foco a partir da análise por triangulação de métodos. Revista Ciências Humanas, v. 4, n. 1, p. 124–136, 2011.

BUSSE, E.W. Primary and secondary aging. In G.L. MADDOX (Org.). **The encyclopedia of aging**. New York: Springer. 1987.

CACHIONI, M. **Quem educa os idosos?**: um estudo sobre professores de universidades da terceira idade. Campinas: Alínea, 2003.

CALDAS, C.P. **Envelhecimento com dependência:** responsabilidades e demandas da família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.733-781, mai-jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>. Acesso em 15/03/2017.

CAMACHO, A. **A Gerontologia e a Interdisciplinaridade:** aspectos relevantes para a Enfermagem. Rev. Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 229–233, mar-abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10519>. Acesso em 18/05/2016.

CANINEU, P.R.; BIZAR, P.R.B.C.; CANINEU, R.F.B. **Gestão Multiprofissional em Gerontologia:** do Tratamento Farmacológico às Intervenções Psicossociais. Revista Kairós: Gerontologia, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 81–92, 2009. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/4415/2987>. Acesso em 27/06/2018.

CARDIM, M. **A Gerontologia como ferramenta de enfrentamento da mudança do perfil populacional.** Revista Kairós: Gerontologia, São Paulo, v. 4, p. 71–82, 2009. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/2529>. Acesso em 26/08/2016.

CARVALHO, J.; GARCIA, R. **O envelhecimento da população brasileira:** um enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725–733, 2003. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300005. Acesso em 29/08/2016.

CORREA, S.M.B.B. **Probabilidade e estatística.** 2. ed. Belo Horizonte: PUC Minas Virtual, 2006. Disponível em: <http://197.249.65.74:8080/biblioteca/bitstream/123456789/731/1/Livro%20de%20Probabilidade%20e%20Estat%C3%ADstica.pdf>. Acesso em 14/08/2017.

COSTA, R.P. **Interdisciplinaridade e equipes de saúde:** concepções. Mental, Barbacena, v. 5, n. 8, p. 107–124, jun. 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/420/42050808.pdf>. Acesso em 15/03/2017.

COTT, C.A. Trabalho em equipe. In: PICKLES, B. *et al.* (Org.). **Fisioterapia na Terceira Idade.** 1. ed. São Paulo: Livraria Santos, 1998. p. 413-421.

CUNHA, U.G.V.; THOMAZ, D.P. **A medicina geriátrica e seus desafios.** Revista Médica de Minas Gerais, v. 21, n. 2, p. 129–248, 2011.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Programa Saúde da Família.** Revista de Saúde Pública, v. 34, n. 3, p. 316-19, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2237.pdf>. Acesso em 18/09/2018.

DIOGO, M.J.D. **Formação de Recursos Humanos na área da saúde do idoso.** Revista Latino-Americana de Enfermagem; Ribeirão Preto, v.12, n. 2, p. 280-282, mar-abr. 2004. Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/1878/1931>. Acesso em 18/05/2016.

DOMINGUES, I. Em busca do método. In: Domingues I. (Org.). **Conhecimento e transdisciplinaridade II: aspectos metodológicos**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005, p. 17-40.

FALCÃO, D.V.S.; CACHIONI, M.; YASSUDA, M.S. **Contribuições da Psicologia à Gerontologia: reflexões sobre ensino, pesquisa e extensão**. Revista Kairós, São Paulo, Caderno Temático 4, v. 12, p. 43–58, ago. 2009. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2527/1611>. Acesso em 25/08/2016.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. **Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)**. Revista de Saúde Pública, v. 33, n. 2, p. 198–205, abr. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/1999.v33n2/198-205/>. Acesso em 04/03/2017.

FRANCO, M.L.P.B. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Brasília: Liber Livro, 2012.

FRATEZI, F.R.; SILVA, H.S.; SILVEIRA, M.H.; LOPES, A. **Equipamentos de assistência social de atendimento ao idoso do município de São Paulo: percepções sobre envelhecimento, velhice, gerontologia e o papel do gerontólogo**. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, v. 8, n. 1, p. 107–119, jan-abr. 2011. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/1320/pdf>. Acesso em 27/06/2018.

GELAIN, I.; ALVAREZ, A.M.; SILVA, R.D.M. **A enfermagem e o envelhecimento humano: aspectos éticos**. Texto e Contexto Enfermagem, v. 6, n. 2, p. 221-232, mai-ago. 1997.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GORZONI, M.L.; JACOB FILHO, W. Impacto do Envelhecimento Populacional na Saúde Pública. In: JACOB FILHO, W.; GORZONI, M.L. (Org.). **Geriatría e Gerontologia: O que todos devem saber**. São Paulo: Roca, 2008. p. 3–15.

GROCHOSKA, M.A. **Valorização do professor: a trajetória das legislações que regulamentam a carreira dos professores de educação básica no município de São José dos Pinhais**. In.: Reunião Científica Regional da ANPED. Curitiba: Anped Sul, v.11, p. 1-12. jul. 2016. Disponível em: http://www.anpedsul2016.ufpr.br/portal/wp-content/uploads/2015/11/eixo4_MARCIA-ANDREIA-GROCHOSKA.pdf. Acesso em 16/09/2018.

HAUG, M.; BELKGRAVE, L.L.; GRATTON, B. **Mental health and the elderly: factors in stability and change over time.** *Journal of Health and Social Behavior*, v. 25, n. 2, p. 100-115, jun. 1984. Disponível em:

https://www.jstor.org/stable/2136663?seq=1#metadata_info_tab_contents. Acesso em 18/03/2017.

HORN, J.C., MEER, J. **The vintage years.** *Psychology Today*, v. 21, n. 5, p. 76-90, mai. 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050: revisão 2008.** Rio de Janeiro. n. 24, 2008. Disponível em:

<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv41229.pdf>. Acesso em 15/03/2017.

_____. **Tábuas Completas de Mortalidade em 2012.** Rio de Janeiro, p. 1, 2013. Disponível em:

<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2012/default.shtm>. Acesso em 29/08/2016.

JACOB FILHO, W.; SITTA, M.C. Interprofissionalidade. *In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). Gerontologia - a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.* São Paulo: Atheneu, 2002. p. 524.

KATZ, S., BRANCH, L.G.; BRANSON, M.H.; PAPSIDERO, J.A.; BECK, J.C.; GREER, D.S. **Active life expectancy.** *New England Journal of Medicine*, v. 309, n. 20, p. 1218-1224, 1983.

KIKUCHI, E.L. **Especialidades médicas - Geriatria.** *Revista de Medicina, São Paulo*, v. 91, p. 33–37, 2012. Edição Especial. Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/59005/61993>. Acesso em 09/05/2016.

LEME, L.E.G. A gerontologia e o problema do envelhecimento. Visão histórica. *In: Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada.* São Paulo: Editora Atheneu, 2002. p. 13–25.

LIMA, A.M.M.; SILVA, H.S.; GALHARDONI, R. **Envelhecimento bem-sucedido: Trajetórias de um constructo e novas fronteiras.** *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 12, n. 27, p. 795–807, out-dez. 2008. Disponível em:

https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832008000400010&script=sci_arttext. Acesso em 15/03/2017.

LIMA-SILVA, T.B.; ALMEIDA, E.B.; SALMAZO-SILVA, H.; OLIVEIRA, E.M.; BARROS, T.C.; CARVALHO, G.; ORDONEZ, T.N. **Atuação do gerontólogo em atividades no**

Programa de Universidade Aberta à Terceira Idade. Revista Temática Kairós Gerontologia, São Paulo, v. 15, n. 7, p. 277–292, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/15253/11379>. Acesso em 27/06/2018.

DE LIMA, A.M.M. Graduação em Gerontologia: da inovação pedagógica à formação da identidade profissional do gerontólogo. Revista Kairós: Gerontologia, Caderno temático 4, p. 19–31, ago. 2009. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/2525/1609>. Acesso em 25/08/2016.

LINHARES, C.R.C.; COELHO, V.L.D.; GUIMARÃES, R.M.; CAMPOS, A.P.M.; CARVALHO, N.T. **Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal.** Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 16, n. 2, p. 319–326, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n2/a12v16n2>. Acesso em 29/08/2016.

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

LÓPEZ-VALCÁRCEL, B.G.; PÉREZ, P.B.; VEGA, R.S. **Oferta, demanda e necessidade de médicos especialistas no Brasil: Projeções para 2020.** Revista Sociedade Brasileira de Medicina., p. 1–123, 2011.

LUCHESE, B.M. **Reflexões sobre o papel do Bacharel em Gerontologia em Cuidados Paliativos: relato de experiência de uma disciplina.** Revista Kairós: Gerontologia, v. 20, n. 2, p. 461–473, 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/36843/25114>. Acesso em 27/06/2018.

MADDOX, G.L. The encyclopedia of aging. *In*: NERI, A.L. (Org.). **Palavras-chave em Gerontologia.** Campinas: Alínea, 2001. p. 54-56

MANCIA, J.R.; PORTELA, V.C.C.; VIECILI, R. **A imagem dos acadêmicos de enfermagem acerca do próprio envelhecimento.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 61, n. 2, p. 221–226, mar-abr. 2008. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28855/000764685.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 16/03/2017.

MANZINI, E.J. **A entrevista na pesquisa social.** Didática, v. 26, n. 27, p. 149–158, 1990.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARTINS, J.J.; SCHIER, J.; ERDMANN, A.L.; ALBUQUERQUE, G.L. **Políticas públicas de atenção à saúde do idoso:** reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia, v. 10, n. 3, p. 371–382, 2007. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/pdf/4038/403838775009.pdf>. Acesso em 02/05/2017.

MELO, R.C.; LIMA-SILVA, T.B.; CACHIONI, M. **Desafios da formação em Gerontologia**. Revista Kairós Gerontologia, v. 18, n. 19, p. 123–147, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/27261/19297>. Acesso em 25/08/2016.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

NASRI, F. **O envelhecimento populacional no Brasil**. Einstein, v. 6, n. 2, p. 4–6, 2008.

NERI, A.L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de Pesquisa. *In: Qualidade de Vida e Idade Madura*. 6. ed. Campinas: Editora Papyrus, 1993. p. 285.

_____. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. *In: DUARTE, Y.; DIOGO, M. (Org.). Atendimento domiciliar*. Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 33–47.

_____. **Palavras-chave em Gerontologia**. Campinas: Alinea, 2001.

_____. **A Formação Gerontológica no Brasil**. A terceira Idade - SESC, v. 17, n. 35, p. 18–43, 2006.

NERI, A.L.; GUARIENTO, M.E.; COIMBRA, I.; CINTRA, F.A. Processo gradual e contextualizado da construção interdisciplinar do programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Unicamp. *In: PHILIPPI JR, A.; SILVA NETO, A.J. (Orgs.). Interdisciplinaridade em Ciência, Tecnologia e Inovação*. São Paulo: Manole, 2011. p. 447–487.

OLIVEIRA, B. **Quem cuidará de nós em 2030?** Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, 2014. Disponível em: <https://leto.pucsp.br/handle/handle/3549> Acesso em: 19/10/2016.

OLIVEIRA, T.M.V. **Amostragem não probabilística**: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e cotas. *Administração Online*, v. 2, n. 3, p. 1–16, 2001.

Organización Mundial de la Salud (OMS). **Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento**: informe sobre su ejecución. Informe de la Secretaría, 115ª Reunión, 2004. Disponível em: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB115/B115_29-sp.pdf Acesso em: 16/09/2018.

PAPALÉO NETO, M. O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X; DOLL, J.; GORZONI, M.L. (Org.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. São Paulo: Guanabara Koogan. 2006.

PAPALIA, D.E.; OLDS, S.W. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: 2000.

PARK, H.W. **Edmund Vincent Cowdry and the making of gerontology as a multidisciplinary scientific field in the United States**. *Journal of the History of Biology*, v. 41, n. 3, p. 529–572, 2008.

PASCHOAL, S.M.P. Epidemiologia do Envelhecimento. In: **Gerontologia**. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. p. 26–43.

PAVARINI, S.C.I.; MENDIONDO, M.S.Z.; BARHAM, E.J.; VAROTO, V.A.G.; FILIZOLA, C.L.A. **A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão?** *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 14, n. 3, p. 398–402, 2005.

PAVARINI, S.C.I.; BARHAM, E.J.; FILIZOLA, C.L.A; SUDAM, A.M. **Curso de Graduação: Gerontologia**. Universidade Federal de São Carlos, p. 21–73, 2009a.

PAVARINI, S.C.I; BARHAM, E.J.; FILIZOLA, C.L.A. **Gerontologia Como Profissão: O Projeto Político-Pedagógico da Universidade Federal de São Carlos**. *Revista Kairós: Gerontologia*, v. 12, p. 83–94, 2009.

PEDUZZI M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/310392>. Acesso em: 15/03/2017.

PELHAM, A.; SCHAFFER, D.; ABBOTT, P.; ESTES, C. **Professionalizing Gerontology: why AGHE must accredit Gerontology Programs**. *Gerontology & Geriatrics Education*, v.33, n.1, p. 6-19. 2012. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02701960.2012.638348>. Acesso em: 14/08/2017.

PEREIRA, A.M.V.B.; SCHNEIDER, R.H.; SCHWANKE, C.H.A. **Geriatria, uma especialidade centenária**. *Scientia Medica*, v. 19, n. 4, p. 154–161, 2009. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/6253/4734&sa=U&ei=YVu8Tte2N6fq0gG7ounCBA&ved=0CE8QFjASOIQC&usg=AFQjCNHnOsj9duLc7UTMiyC9GASLicsrA>. Acesso em: 29/08/2016.

PEREIRA, F. **Gerontólogo: A construção de uma nova profissão na área da saúde**. *Sociedade Portuguesa de Sociologia*, v. 402, 2008. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/6152>. Acesso em: 28/08/2016.

PEREIRA, F. **Gerontólogo: motivações e escolhas na construção de uma nova profissão na área da saúde**. Revista da Imprensa das Ciências Sociais, p. 1–18, 2010. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2611/1/Geront%20c3%b3logo%20motiva%20a7%20c3%b5es%20e%20escolhas%20na%20constru%20a7%20c3%a3o%20de%20uma%20nova%20profiss%20a3o%20na%20c3%a1rea%20da%20sa%20c3%bade.pdf>. Acesso em: 28/08/2016.

PEREIRA, F.; CARIA, T. **Saberes profissionais e trabalho profissional do gerontólogo**. International Journal of Developmental and Educational Psychology, v. 1, n. 2, p. 81–90, 2013. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9463/3/SABERES%20PROFISSIONAIS.pdf>. Acesso em: 28/08/2016.

PEREIRA, F.; MATA, M.A.; PIMENTEL, M.H. **A emergência da gerontologia como profissão e o seu reconhecimento social em Portugal**. Escola Superior de Educação de Lisboa, V Encontro do CIED–Escola e Comunidade, p. 179-184, 2012. Disponível em: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8974/1/Atas0._V_Encontro_Cied%20Gerontologia.pdf. Acesso em: 29/08/2016.

PIMENTEL, A. **A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional**. Estudos de Psicologia, v. 12, n. 2, p. 159–168, 2007.

PIOVEZAN, M.; BESTETTI, M.L.T. **O Gerontólogo como gestor de casos: simulação de experiências em estudos distintos e específicos**. Revista Kairós Gerontologia, v. 15, n. 4, p. 201–216, 2012.

RAMOS, L.R. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano**: Projeto Epidoso, São Paulo. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 3, p. 793–797, 2003. Acesso em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300011&script=sci_arttext. Acesso em: 30/10/2016.

RAMOS, L. A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional. In: RAMOS, LR; CENDOROGLO, M. (Org.). **Guia de Geriatria e Gerontologia**. 2a ed. São Paulo: Manole, 2011. p. 1–8.

RIBEIRO, E. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. In: Evidências: olhares e pesquisa em saberes educacionais. n. 4, p. 129–148, 2008. Disponível em: <https://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/evidencia/article/viewFile/328/310>. Acesso em 14/08/2017.

ROQUETE, F.F.; AMORIM, M.M.A.; BARBOSA, S.P.; SOUZA, D.C.M.; CARVALHO, D.V. **Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade**: Em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, v. 2, n. 3, p. 463–474, 2012. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/245/360>. Acesso em: 15/03/2017.

ROSENBERG, M.B. **Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais.** São Paulo: Ágora, 2006.

SÁ, J.L.M. Gerontologia e interdisciplinaridade: fundamentos epistemológicos. In: NERI, A.L.; DEBERT, G.G. (Org.). **Velhice e sociedade.** Campinas: Papirus; p. 223-32, 1999.

SÁ JUNIOR, L. S. M. **Desconstruindo a definição de saúde.** Jornal do Conselho Federal de Medicina, p. 15–16, 2005.

SAWYER, O.D.; WONG, L.R.; CARVALHO, J.A.M.; FÍGOLI, M.; ANDRADE, F.C.D.; BARBIERI, A.F.; TAVARES, C.R.G. **Projeção populacional, por sexo e grupos quinquênis, das Unidades da Federação, Brasil, 1990-2020.** Belo Horizonte: Cedeplar–UFMG, 1999.

SILVA, H.S.; GALHARDONI, R.; FRATEZI, F.R.; ALMEIDA, E.B.; LIMA, A.M.M. **Liga Acadêmica de Gerontologia da EACH/USP: histórico e perspectivas para a atuação do Bacharel em Gerontologia.** Revista Kairós: Gerontologia, São Paulo, Caderno temático 4, v. 12, p.131-141, ago. 2009. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/2533/1617>. Acesso em 27/06/2018.

SILVA, H.S.; LIMA, A.M.M.; GALHARDONI, R. **Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas.** Comunicação Saúde Educação, v. 12, n. 22, p. 867-877, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop3510>. Acesso em 15/03/2017.

TAVARES, D.M.S.; RIBEIRO, K.B.; SILVA, C.C.; MONTANHOLI, L.L. **Ensino de gerontologia e geriatria: uma necessidade para os acadêmicos da área de saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro?** Ciência, Cuidado e Saúde, v. 7, n. 4, p. 537–545, 2008.

TELLES, J.L.; BORGES, A.P.A. Interdisciplinaridade e trabalho em equipe na abordagem da pessoa idosa nos serviços de atenção básica em saúde. In: MALAGUTTI, W., BERGO, A.M.A. **Abordagem Interdisciplinar do Idoso.** Rio de Janeiro: Rubio, 2010. p. 1–7.

TRENTINI, C.M. **Qualidade de vida em idosos.** 2004. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/3471>. Acesso em: 04/03/2017.

VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. **Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade.** Revista de Saúde Pública, v. 21, n. 3, p. 225–233, 1987.

WHITE, M.; GUNDRUM, G.; SHEARER, S.; SIMMONS, W.J. **A Role for Case Managers in the Physician Office.** *Journal of Case Management*, v. 3, n. 2, p. 62-68, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL):** position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369500112K>. Acesso em 28/09/2018.

_____ **Health services must stop leaving older people behind.** 2018. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/headlines/29-09-2017-health-services-must-stop-leaving-older-people-behind>. Acesso em 02/07/2018.

WONG, L.L.R.; CARVALHO, J.A. **O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil:** sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira Estudos Populacionais*, v. 23, n. 1, p. 5–26, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n1/v23n1a02>. Acesso em: 29/08/2016.

YASSUDA, M. S.; CHUBACI, R. Y. S. Projeto político pedagógico: curso de bacharelado em gerontologia. p. 1–32, 2012.

VIII. ANEXOS

Anexo 1 – Roteiro norteador da entrevista semi-estruturada

1. Nas equipes que prestam cuidados de saúde a idosos, quais são os profissionais que você identifica? Quais profissionais você acha que deveriam fazer parte da equipe?
 - a. Nasf: E em uma equipe do Nasf daqui do município, quais profissionais deveriam existir?
2. Você sente falta de algum profissional na sua atividade profissional, qual?
3. Você conhece a profissão do gerontólogo bacharel? Já ouviu falar? Mas se você fosse imaginar, como seria a atuação desse profissional? Você consegue dizer mais ou menos o que ele faria?
4. Como você acha que deve ser a formação do gerontólogo bacharel?
5. Quais são as suas principais atribuições? Na sua opinião, o que você acha que o gerontólogo bacharel deveria saber fazer?
6. Em seu entendimento, de uma forma ampla, qual o lugar que deve ser ocupado pelo gerontólogo nas equipes de saúde voltadas para o cuidado de idosos?
7. A equipe na qual você trabalha conta com um gerontólogo?
 - a. Caso negativo: A que motivo você atribui esta ausência? Você acha que o atendimento ao idoso mudaria se tivesse um gerontólogo bacharel na equipe? O que você acha que mudaria? Porque?
 - b. Caso positivo: Você se recorda com o que ele trabalhava? Qual era a função dele? Você vê alguma outra função que ele poderia ter executado trabalhando aqui? Qual? Você sentiu alguma mudança no atendimento ao idoso com o trabalho do gerontólogo bacharel na equipe? O que?
8. Você tem comentários a acrescentar sobre o tema em discussão (formação e inserção do gerontólogo nos cuidados aos idosos)?

Anexo 2 – Termo de anuência para realização da pesquisa

TERMO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, Cristiane Rodrigues Mota, mestranda e colaboradora da Pró-Reitoria de Extensão e Cultura, solicito a sua anuência para realização da pesquisa intitulada: “O Papel do Profissional Gerontólogo na Ótica de Outros Profissionais de Saúde no Brasil: subsídios à formação do gerontólogo”. Esta pesquisa está sendo desenvolvida pelo Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre, sob orientação do Prof. José A. Maia.

A pesquisa tem como objetivo investigar o conhecimento dos profissionais da saúde a respeito da existência do gerontólogo e discutir como está o reconhecimento social da profissão de gerontólogo no Brasil e constará tão somente da entrevista aos profissionais de saúde que trabalham em Unidades Básicas de Saúde a respeito do papel que atribuem ao gerontólogo no cuidado aos idosos.

São Paulo, 29 de agosto de 2017.

Atenciosamente,

Cristiane Rodrigues Mota

Cristiane Rodrigues Mota

Eu, Dakete Rosalde Euse,

autorizo a realização da pesquisa, em UBS do Município de São Caetano do Sul.

São Caetano do Sul, 11 de 10 de 2017.

Dakete Rosalde Euse

Assinatura e Cargo do(a) responsável pela autorização

Coordenadora do COPMUSE

Dra. Regina Maria Z. Crespan
Presidente da Fumusa

Anexo 3 - Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada: “O Papel do Bacharel em Gerontologia na Ótica de Outros Profissionais de Saúde de São Caetano do Sul - SP: subsídios à formação do gerontólogo”, através do Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde, desenvolvido pelo Centro de Desenvolvimento do Ensino em Ciências da Saúde/ CEDESS da Universidade Federal de São Paulo.

A pesquisa tem como objetivo investigar o conhecimento dos profissionais da saúde a respeito da existência do bacharel em Gerontologia e discutir o reconhecimento social da profissão de gerontólogo no Brasil. A coleta de dados será realizada através de entrevistas, utilizando roteiro semi-estruturado com oito questões abertas que versam sobre a atuação do gerontólogo (bacharel em Gerontologia) nos cuidados aos idosos e tem duração prevista de 40 minutos. É importante observar que a pesquisadora primará pelo sigilo de sua identidade, conforme princípios éticos e respaldo científico. Sendo assim, não haverá menção da sua identidade em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Fui esclarecido(a) dos objetivos da pesquisa de maneira bem específica e clara. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e mudar minha decisão se assim o desejar. Estou ciente de que minha participação é voluntária, portanto não terei despesas nem serei remunerado para participar do estudo e posso desistir de participar a qualquer momento. Em caso de dúvidas poderei solicitar esclarecimentos à mestrandia Cristiane Rodrigues Mota, devidamente matriculada no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo, através do e-mail: c.rodriguesmota@gmail.com ou pelo telefone: (11) 98323-2020. Além disso, minha recusa na participação não implicará em qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Este termo é disponibilizado em duas vias originais, sendo que uma ficará com o participante e outra ficará com o pesquisador.

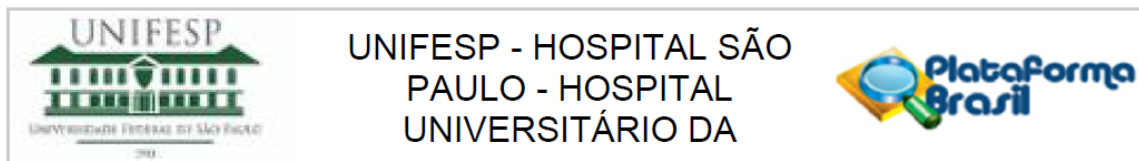
Assinatura do participante

Data: ___/___/___

Assinatura do pesquisador

Se tiver, alguma consideração ou dúvida sobre esta Pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Prof. Francisco de Castro, n° 55, - 04020-050.
Telefones: (11) 5571-1062 - Fax: (11) 5539-7162 - e-mail: CEP@unifesp.edu.br

Anexo 4 – Parecer Consubstanciado do CEP



UNIFESP - HOSPITAL SÃO
PAULO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PAPEL DO PROFISSIONAL GERONTÓLOGO NA ÓTICA DE OUTROS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE SÃO CAETANO DO SUL - SP: SUBSÍDIOS À FORMAÇÃO DO GERONTÓLOGO.

Pesquisador: CRISTIANE RODRIGUES MOTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80728317.8.0000.5505

Instituição Proponente: Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.490.729

Apresentação do Projeto:

Nº CEP: 1497/2017 (parecer final)

Com o intuito de contribuir para uma reflexão a respeito do tema Profissionalização em Gerontologia, apresenta-se um conjunto de ideias que procuram estimular um pensamento divergente sobre os significados, os modos e as estratégias de formação de profissionais nesta área de formação superior. É apresentada uma abordagem sobre a formação profissional, deslocando-a, de uma perspectiva excessivamente centrada nas dimensões acadêmicas, para uma perspectiva centrada na concepção de gerontologia, atividade interdisciplinar voltada para o estudo da velhice, e no terreno da ação prática do profissional dessa área. Argumenta-se a necessidade de pensar a formação profissional a partir de uma reflexão fundamental sobre a profissão de gerontólogo. O objetivo da pesquisa é caracterizar o conhecimento de profissionais de saúde e gestores a respeito da importância do gerontólogo na equipe que presta cuidados a idosos, situando o reconhecimento social da profissão como uma possível determinante da inserção do profissional no grupo de trabalho. O trabalho consistirá na realização de entrevista do conjunto de profissionais atuantes na atenção básica (no âmbito do SUS), cujos resultados serão discutidos à luz das publicações da literatura especializada sobre o assunto

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.020-050

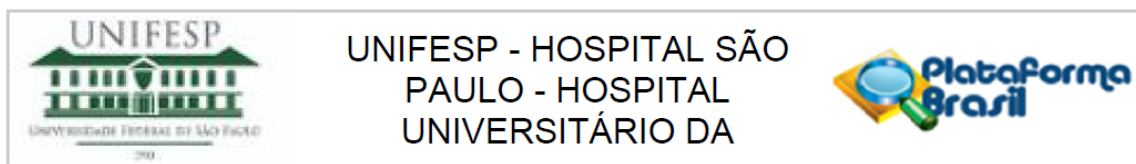
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.490.729

Objetivo da Pesquisa:

GERAL Caracterizar o conhecimento de profissionais de saúde e gestores a respeito da importância do gerontólogo na equipe que presta cuidados a idosos, situando o reconhecimento social da profissão como uma possível determinante da inserção do profissional no grupo de trabalho. **ESPECÍFICOS** Situar o gerontólogo no cuidado multiprofissional ao idoso em Unidades de Saúde do SUS, considerando-se a especificidade de suas funções. Mapear o conhecimento de gestores e membros de equipes multiprofissionais atuantes no SUS que atendam idosos a respeito da atuação real e potencial do gerontólogo no processo de cuidado à saúde de senis. Desta forma, objetiva-se oferecer subsídios para a formação em gerontologia, a fim de que se entendam lacunas que expliquem o porquê da profissão ser ainda pouco conhecida em nosso meio, ao mesmo tempo em que se propõem fundamentos que resultem na aprimoração acadêmica, formando, assim, profissionais adequados às necessidades do mercado de trabalho atual.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme parecer 2.451.963

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se da apresentação de respostas de pendências apontadas no parecer 2.451.963

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

apresentação de repostas de pendências

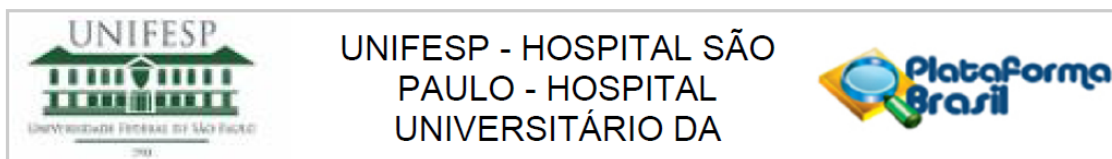
Recomendações:

Conforme parecer 2.451.963

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1) adequar o TCLE - é necessário informar que o termo está sendo disponibilizado em 2 vias originais (não usar a palavra cópi?), uma para ficar com o participante e outra para ficar com o pesquisador. - todas as folhas devem ser numeradas (ex: 1/4, 2/4, etc.) as quais deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE. -

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.490.729

informar do que se tratará as perguntas durante a entrevista e quanto tempo gastarão em participar Atenção: o CEP/UNIFESP mudou de endereço: favor corrigir no TCLE. Novo endereço: Rua Prof. Francisco de Castro, n: 55, - 04020-050. O E-mail é: CEP@unifesp.edu.br. Os telefones continuam os mesmos (011-5571-1062; 011-5539-7162)

PENDÊNCIA ATENDIDA

2) como a pesquisa será realizado somente em São Caetano, sugerimos adequar o título da pesquisa

PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos .

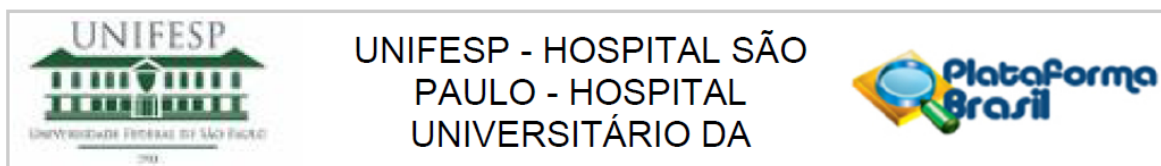
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1043806.pdf	15/01/2018 15:40:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Modificado_21_12_17.pdf	15/01/2018 15:35:47	CRISTIANE RODRIGUES MOTA	Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencias_doc.doc	15/01/2018 15:32:40	CRISTIANE RODRIGUES MOTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MODIFICADA_Monografia_Completa_Resumida_e_Revisada_21_12_17.docx	22/12/2017 10:12:39	CRISTIANE RODRIGUES MOTA	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	04/12/2017 16:42:17	CRISTIANE RODRIGUES MOTA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	04/12/2017 16:39:03	CRISTIANE RODRIGUES MOTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.490.729

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 07 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.020-050

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.edu.br