

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCAR

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA

JOÃO VICTOR RODRIGUES ALEXANDRIN

**ATENÇÃO AO IDOSO DA COMUNIDADE: UM OLHAR SOBRE A
FRAGILIDADE EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

São Carlos

2021

JOÃO VICTOR RODRIGUES ALEXANDRIN

**ATENÇÃO AO IDOSO DA COMUNIDADE: UM OLHAR SOBRE A
FRAGILIDADE EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Gerontologia na Universidade Federal de São Carlos como requisito à obtenção do título de bacharelado em Gerontologia.

Orientadora: Marisa Silvana Zazzetta

São Carlos

2021

APROVADO EM: 14/01/2021

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta
Orientadora

Me. Letícia Souza Didoné

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela saúde e disposição que me permitiu concluir este trabalho.

À Marisa Silvana Zazzetta, Professora Dra. do departamento do Gerontologia pelo apoio e incentivo quanto à minha formação.

À Isabella Machado, doutoranda em Gerontologia, pelas orientações e pelo entusiasmo em me ajudar em meus trabalhos.

À minha mãe que enfrentou muitas barreiras para que eu pudesse concluir meu curso.

Aos meus colegas de graduação.

Agradeço também a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

RESUMO

INTRODUÇÃO: É extremamente importante que os Agentes comunitários de saúde conheçam de forma ampla o envelhecimento e o idoso. Logo, a agregação de conhecimentos relacionados ao envelhecimento e a adesão de ações nessa área possuem bastante importância para a formação, capacitação profissional e educação continuada, o que viabiliza o maior vínculo com a pessoa idosa. **OBJETIVO:** Avaliar o conhecimento em relação a velhice e a analisar a contribuição de material audiovisual acerca da velhice, fragilidade e cuidado do idoso em um município do interior paulista. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo exploratório e com abordagem quantitativa. Participaram do estudo 7 membros das equipes de saúde das Unidades de Saúde da família, de ambos os sexos, sob atenção do núcleo de Saúde da Família (NASF) do município de São Carlos. Foram avaliados pelo instrumento Palmore-Neri-Cachione (2002) que avalia o conhecimento de profissionais sobre envelhecimento e idoso e apresentados 3 vídeos sobre temáticas específicas do envelhecimento e da pessoa idosa, elaborados para este estudo pelo autor. Os dados da presente pesquisa foram codificados e organizados em banco de dados pelo programa Excel Microsoft. Foi utilizada estatística descritiva, como medidas de tendência central (frequência simples, média, mediana, mínimo e máximo). **RESULTADOS:** A média de acertos foi de 10,2%, sendo descrito numa escala de menor ou igual a 11 como pouco ou menor conhecimento gerontológico. Os resultados apresentados na pesquisa de satisfação, indicam que os vídeos trouxeram bastante contribuição no que se refere aos temas abordados. A média de satisfação foi de 6,6 pontos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** falta de qualificação adequada acerca dos temas explorados. Além de tudo, a construção de material audiovisual sobre temas relacionados à Fragilidade no Idoso, Estereótipos sobre a Velhice e Cuidados de Longa Duração apresentou contribuições para que os profissionais tivessem maior contato com o assunto e conseqüentemente mais conhecimento.

Palavras-chave: Profissionais da Saúde, idoso, educação permanente e Atenção Primária à saúde

ABSTRACT

INTRODUCTION: It is extremely important that community health workers have a broad understanding of aging and the elderly. Therefore, the aggregation of knowledge related to aging and the adherence to actions in this area are of great importance for training, professional qualification and continuing education, which enables a greater bond with the elderly. **OBJECTIVE:** To evaluate knowledge about old age and to analyze the contribution of audiovisual material about old age, frailty and care for the elderly in a city in the interior of São Paulo. **METHOD:** This is an exploratory study with a quantitative approach. Seven members of the health teams from the Family Health Units participated in the study, of both sexes, under the attention of the Family Health Center (NASF) in the city of São Carlos. They were evaluated using the Palmore-Neri-Cachione instrument (Cachione, 2002) that assesses the knowledge of professionals about aging and the elderly and 3 videos were presented on specific themes of aging and the elderly, elaborated for this study by the self. The data in this study were coded and organized in a Microsoft Excel database. Descriptive statistics were used, as measures of central tendency (simple frequency, average, median, minimum and maximum). **RESULTS:** The average number of correct answers was 10.2%, with a scale of less than or equal to 11 being described as having little or less gerontological knowledge. The results presented in the satisfaction survey, indicate that the videos made a lot of contribution regarding the topics covered. The average satisfaction was 6.6 points. **FINAL CONSIDERATIONS:** lack of adequate qualification on the themes explored. In addition, the construction of audiovisual material on topics related to frailty in the elderly, stereotypes about old age and long-term care has made contributions so that professionals have greater contact with the subject and, consequently, more knowledge.

Keywords: Health Professionals, elderly, permanent education and primary health care

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1- Estratégias e instrumentos utilizados na pesquisa.....	22
Tabela 1- porcentagens de acertos por questões do instrumento PALMORE- NERI-CACHIONE.....	31
Tabela 2: Distribuição de porcentagens de acertos por temas de vídeos.....	35
Tabela 3: Satisfação referente aos vídeos apresentados.....	35
Tabela 4: Grau de satisfação com os vídeos apresentados de 0 a 10.....	36
Tabela 5: Preferência de vídeos apresentados.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
RAS	Redes de Atenção à Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
AVD	Atividades de Vida Diárias
SOC	Seleção, Otimização e Compensação
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Geral	19
2.2 Objetivos Específicos	19
3. METODOLOGIA	19
3.1 Delineamento, período e local do estudo	19
3.2 Participantes.....	20
3.2.1 Critério de Inclusão:	20
3.2.2 Critério de Exclusão:	20
3.3 Procedimentos para a coleta de dados	20
3.4 Instrumentos.....	21
3.4.1 Questionário de caracterização dos participantes.....	21
3.4.2. Questionário para Avaliação de Conhecimentos em relação à Velhice .	21
3.5 Forma de Análise dos Resultados.....	23
3.6 Aspectos Éticos.....	23
4. RESULTADOS.....	23
4.1. Roteiro do vídeo "Cuidados de Longa Duração"	29
4.2 .Conhecimento acerca da velhice	32
5 DISCUSSÃO	39
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
APÊNDICES.....	48
ANEXOS	50

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno mundial, tornando-se realidade tanto para os países desenvolvidos, quanto para os em desenvolvimento (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987). No Brasil, os idosos, pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, representam 13,7% da população total (IBGE, 2015) e esse número tende a aumentar no decorrer dos anos, causando uma inversão na pirâmide populacional onde as pessoas idosas serão maioria. Além disso, estima-se que em 2070 a população idosa chegue a marca de 35% da população, se assemelhando com a média dos países desenvolvidos (IBGE, 2017).

O envelhecimento, por sua vez, pode ser compreendido como um processo dinâmico e progressivo, com alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que expõe idosos a causas intrínsecas e extrínsecas, que podem culminar em perdas em todos os aspectos do ser que envelhece (LANA; SCHNEIDER, 2014). Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2015, coloca que o envelhecimento acarreta perdas gradativas nas reservas fisiológicas, que, gradualmente, aumenta o risco do indivíduo de contrair doenças bem como, o declínio de capacidades intrínsecas. Isso implica no realinhamento dos sistemas de saúde para melhor tratar das necessidades advindas das pessoas mais velhas, de todos os estratos socioeconômicos (CESARI et al., 2017).

Com o ritmo acelerado do envelhecimento populacional, a questão da fragilidade ou processo de fragilização ganha destaque, uma vez que trata-se de uma das principais condições de saúde associadas ao envelhecimento (CRUZ et al., 2017). Porém, historicamente, este conceito envolveu diferentes visões sobre a real definição da mesma.

FRIED et al. (2001), XUE, QIAN-LI. et al. (2008) e FRIED et al. (2009) definem fragilidade como um processo fisiopatológico único, que se deve a alterações em vários sistemas de nosso corpo que levam à redução da homeostase. A fragilidade pode ser considerada um estado propenso à doença que torna o indivíduo vulnerável a múltiplas doenças, que pode levar a

consequências indesejáveis como hospitalização precoce, quedas, mortalidade e aumento da dependência funcional.

Já para MORLEY et al. (2013), a fragilidade pode ser física, psicológica ou uma combinação de ambas, sendo possível a sua reversão ao longo do tempo. Nesta situação, há duas abordagens para definir a fragilidade, sendo a primeira, o modelo de déficit de Rockwood (2013), que consiste em considerar o maior número de deficiências de um indivíduo a serem avaliadas mediante um índice de fragilidade e a segundo, de Fried e colaboradores que considera a fragilidade clínica e é avaliada mediante um fenótipo, que consiste em cinco componentes, sendo eles: perda de peso não intencional, exaustão, fraqueza, lentidão da marcha e atividade física reduzida. Com o avanço do conhecimento acerca da fragilidade surgiu a necessidade de buscar um consenso quanto a sua definição e modos de avaliação, partindo do pressuposto da diversidade de concepções e q instrumentos de avaliação existentes. Sendo assim foram realizadas conferências para que houvesse um maior consenso sobre fragilidade.

Assim dezembro de 2012 realizou-se uma conferência de consenso em Orlando, Flórida, com o objetivo de estabelecer uma definição para fragilidade, além de indicar aspectos para a seleção e tratamento. Neste particular, MORLEY et. al. (2013) relata que o conceito da síndrome da fragilidade foi definido como:

"Uma síndrome médica com múltiplas causas e contribuintes que é caracterizada por força diminuída, resistência e função fisiológica reduzida que aumenta a vulnerabilidade de um indivíduo para desenvolver maior dependência e / ou morte" (MORLEY, 2013, p. 392).

Questões como fragilidade e envelhecimento populacional também estão diretamente relacionadas à gestão e administração de recursos no Sistema Único de Saúde (SUS). A hospitalização é considerada um grande problema nacional, principalmente pelo grande número de pessoas idosas, que usam de maneira mais intensa e prolongada os serviços de saúde, acarretando maiores gastos com a mesma (BAJOTTO et al., 2012).

CESARI et al. (2016) reforça que as despesas relacionadas aos cuidados com a saúde dos idosos mais velhos tem aumentado significativamente em relação aos idosos mais jovens, principalmente pela inadequação dos sistemas de saúde em atender as múltiplas necessidades dos idosos frágeis.

De acordo com vários estudos internacionais, a prevalência de fragilidade em idosos da comunidade varia entre 4,0% e 59,1%. Contudo, na América latina, tem sido relatada uma prevalência de fragilidade entre 26,7 e 42,0% (SÁNCHEZ-GARCÍA, 2017). Ademais, no México, país localizado na América do Norte e que tem a realidade do envelhecimento populacional similar à do Brasil, a prevalência da fragilidade varia entre 14,1% e 39,5%, o que pode nos nortear sobre dados quantitativos no Brasil (SÁNCHEZ-GARCÍA, 2017). Logo, (CESARI et. Al, 2017) relata que quando os estudos se restringem apenas a avaliação mediante o Fenótipo de Fried, a prevalência de fragilidade demonstra-se menor.

Além deste problema, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a avaliação da fragilidade pode ser ainda mais complexa. Em regiões do mundo onde os recursos de saúde são menores, como os países de média e baixa renda, ainda há a falta de equipamento, profissional treinado e ferramentas de avaliação validados e globais, o que pode dificultar ainda mais nas avaliações para triagem de fragilidade e aumento com gastos na saúde. (GRAY, et al, 2016).

Sabendo-se que a fragilidade requer uma abordagem abrangente, é de extrema importância o seu rastreio para intervenções preventivas, principalmente com aqueles que apresentam mais idade. Portanto, as autoridades de saúde devem se mobilizar, criando políticas públicas e maximizando esforços em benefício de suas prioridades, necessidades e recursos. Outro fator importante é a sensibilização sobre fragilidade na comunidade, uma vez que pode ajudar na eficácia da prevenção e a promoção da saúde, estimulando comportamentos saudáveis pela comunidade em geral (CESARI et al., 2017).

Tendo em vista as mudanças no perfil demográfico da população brasileira com o envelhecimento, o Ministério da Saúde (2014) destaca que esta transição implica novas formas de cuidado, principalmente dos cuidados de longa duração e atenção domiciliar.

Conforme definido pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento (OCDE) e a Comissão Europeia, o termo “long-term care” ou “cuidado de longa duração” significam o conjunto de serviços imprescindíveis para pessoas com alto grau de dependência física e cognitiva e que, portanto, dependem de outra pessoa (por um longo período tempo) para realizar suas atividades básicas de vida diária. Esses serviços incluem atividades de cuidados pessoais, cuidados médicos básicos e ajuda domiciliar (OECD, 2013).

Esses cuidados são prestados em vários contextos como: no domicílio, em centros de saúde, centros-dia e nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), com intuito de proporcionar às famílias e idosos o apoio em seus diferentes graus de dependência e vulnerabilidade social (SILVA; GUTIERREZ, 2018).

Todavia, a OMS (2015) destaca que todos os países podem bancar um sistema de longa duração abrangente. Esses sistemas de cuidados a longo prazo garante a dignidade humana, tão quanto a garantia dos seus direitos básicos. Deste modo, são utilizadas 3 abordagens para o desenvolvimento de sistemas de cuidado de longa duração: Estabelecer as bases necessárias para um sistema de cuidados de longo prazo; Construir e manter uma força de trabalho sustentável e adequadamente treinada; Garantir a qualidade dos cuidados de longo prazo (OMS, 2015).

Neste sentido, vale ressaltar a questão das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que funcionam como estratégias para responder aos problemas do sistema. Essas redes são arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde e que possuem diferentes missões assistenciais. Assim sendo, a atenção básica deve atuar como principal porta de entrada de todas as pessoas no sistema, garantindo acesso qualificado, conforme a Portaria

4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da RAS (BRASIL, 2014).

Apesar de que seja plausível ter boa qualidade de vida na idade mais avançada, a população que chega aos 75 anos ou mais no Brasil é a que mais cresce e que vem acompanhada de maiores índices de dependência física, déficits cognitivos e que possuem dificuldades no que se refere ao autocuidado bem como à manutenção de uma vida independente. Perante essa realidade, é patente se pensar em modalidades de assistência que prestam o cuidado de longa duração e que possam atender as demandas sociais e de saúde que tem relação com o envelhecimento, amparando as famílias, comunidades e os idosos (SILVA; GUTIERREZ, 2018).

Portanto, é de suma importância que o sistema de cuidados de longa duração tenha estrutura para supervisionar o desenvolvimento e conceder responsabilidades para garantir avanço. Deve-se então priorizar ações como: reconhecer o cuidado de longa duração como um bem público; conceder reponsabilidade com um sistema de longa duração planejado; criar mecanismos equitativos e sustentáveis no financiamento dos cuidados e definir o papel do governo para com o mesmo (OMS, 2015).

Pela falta de cuidados domiciliares e de programas que potencializam a continuidade do idoso em sua residência na premissa de incapacidade funcional, as ILPI's mostram-se como modalidades importantes nesse sentido (SILVA; GUTIERREZ, 2018). Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (2005), as ILPI's podem ser de caráter governamental ou não governamental; possuem caráter residencial; são destinadas a abrigar indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos; visam apoio, suporte familiar, cuidado e estímulo à liberdade, dignidade, equidade e cidadania indivíduos com idade igual ou superior a sessenta anos. Assim sendo, a indisponibilidade de um membro da família para o cuidado, conflitos familiares e ausência de um profissional cuidador no domicílio são os principais fatores para que haja a institucionalização desses idosos (ROQUETE; BATISTA; ARANTES, 2017).

Porém, SILVA e GUTIERREZ, (2018) destacam que um dos principais desafios em face dos cuidados prestados nas ILPI's são centrados na integralidade do cuidado. Nesse sentido, é necessário ir além de fornecer as Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária, deve-se despertar nos idosos e na equipe de trabalho o a responsabilidade por um cuidado que vise a integralidade, que dê valor na satisfação na qualidade de vida dos idosos e da equipe de trabalho.

A OMS (2015), por sua vez, aborda a questão da funcionalidade em três subpopulações de idosos e o papel dos serviços de saúde para os mesmos. Para pessoas com a capacidade funcional alta e estável deve-se priorizar ações voltadas à prevenção da saúde, garantindo à detecção precoce de problemas funcionais; para o indivíduo com a capacidade funcional em declínio os serviços de saúde devem reverter ou retardar o declínio, além de incentivar hábitos que visem a melhoria da capacidade funcional; Por fim, pessoas com perdas significativas da funcionalidade, é de suma importância se confeccionar ações de saúde a longo prazo.

Ainda nessa situação, a Política Nacional da Pessoa Idosa (2006) estabelece como suas diretrizes:

Promoção do envelhecimento ativo e saudável; Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; Provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; Estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social; Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006, p. 5).

Portanto, outra questão essencial a ser discutida, levando em consideração ao cuidado para com o idoso é a questão do conhecimento sobre o envelhecimento e a velhice, por isso REIS et. al, (2017) relatam que a agregação de conhecimentos relacionados ao envelhecimento e a adesão de ações nessa área possuem bastante importância para a formação, capacitação profissional e educação continuada, o que viabiliza o maior vínculo com a

pessoa idosa e podem ser decisivos para o olhar diferenciado, tanto no ato de cuidar, quanto no ato de ser cuidado.

Além disso, é fundamental a contribuição dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no atendimento dos idosos. Para Vecchia (2006), esse profissional pode se tornar um estimulante de recursos ocultos na comunidade para ampliar o apoio social, com papel significativo na rede de cuidados no território, somando às possibilidades de troca de afetos e ajuda pelos membros da mesma localidade. Nesse sentido, os ACS exercem papel primordial juntamente com a população idosa, sendo a conexão entre unidade de saúde, idosos e os outros profissionais integrantes da Equipe de Saúde da Família em procura da promoção da qualidade de vida e bem-estar desses indivíduos (PLACIDELI; RUIZ, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde (2014), deve-se incluir nos propósitos das equipes de saúde temas como: violência contra idosos, nutrição, saúde bucal, identificação de doenças crônicas, transtornos mentais, uso de álcool e drogas e polifarmácia. Tais temas possuem extrema importância para o conhecimento das equipes, uma vez que favorecerá o conhecimento sobre esses idosos e conseqüentemente fazer planejamento para cuidados mais efetivos.

Por conseguinte, no que diz respeito a estudos que utilizaram o questionário Palmore-Neri-Cachione, como o de FERREIRA e RUIZ, (2012), através de Estudo transversal descritivo, com 213 agentes comunitários das 12 unidades básicas de saúde e das 29 unidades de saúde da família de Marília em 2010, com o objetivo de analisar as relações entre Agentes Comunitários de Saúde e os cuidados prestados a idosos obteve-se como resultado que a maioria dos profissionais já tiveram experiência com idosos, porém menos da metade relataram estar capacitados para o tema envelhecimento. O número de acertos sobre gerontologia foi baixo e estava diretamente relacionado às capacitações recebidas pelos mesmos.

REIS et. al, (2017), em um estudo exploratório transversal, de abordagem quantitativa com 168 trabalhadores, com o objetivo de investigar o conhecimento da equipe de enfermagem de um hospital público sobre o ser

humano, indicou em seus resultados que a equipe possuía pouco conhecimento sobre envelhecimento humano, com 40% de acertos sobre envelhecimento e com maiores certos em relação às questões física do que as sociais do idoso.

O estudo de PLACIDELI e RUIZ (2015) realizado por meio de um estudo de intervenção com 111 agentes comunitários de saúde de 12 unidades de saúde da família do interior paulista, com o objetivo de avaliar o Programa de Educação em Gerontologia desenvolvidos para Agentes Comunitários de Saúde, alcançou como resultado que a maioria dos agentes relataram sempre ter contato com pessoas idosas e, ao serem analisados os da intervenção (antes e depois), tiveram maior acerto nas respostas do último questionário, o que nos faz refletir sobre a importância da educação continuada em Agentes Comunitários de Saúde. Logo, fica cada vez mais evidente que, de acordo com o indicado nos estudos, os profissionais tem bastante contato com o público idoso, porém pouco conhecimento sobre os mesmos e isso é um fator fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa.

Portanto, é importante ter a compreensão de que o envelhecimento não é sinônimo de incapacidade e dependência e sim de maior vulnerabilidade. Nesse sentido, a OMS cita como determinantes do envelhecimento ativo a condições de saúde, situação econômica e social, comportamento em saúde, provisão de serviços de saúde e o ambiente físico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

JUSTIFICATIVA

A partir da pesquisa maior ao qual o presente estudo foi vinculado observou-se que as equipes de saúde não contavam com espaços destinados à educação permanente ou formação continuada que possibilitasse a discussão de temas específicos inerentes ao público atendido na atenção básica, especificamente ao idoso. O projeto maior que abordava a fragilidade do idoso, levou às equipes essa temática e em cima disso se observaram

lacunas em relação a temas de envelhecimento, velhice e consequentemente fragilidade e cuidados.

Durante o processo de estudo do projeto maior, também observou-se que a rotina das equipes está permeada por inúmeras demandas cotidianas que se expressam na “falta de tempo” para discussões específicas para a inserção de novas rotinas de trabalho.

Perante esse contexto dentro das Unidades de Saúde da Família (USF), buscou-se trazer ferramentas que colaborassem com a ampliação de informação e de dados acerca da população idosa. A proposta do atual projeto vem a somar para um atendimento mais humanizado por parte das Equipes de Saúde da Família, a qual mostra-se importante de ser efetivada, uma vez que os mesmos podem ter um conhecimento melhor da velhice, tanto quanto do processo de envelhecimento. Assim, proporcionará uma melhor efetivação do cuidado do indivíduo que envelhece e do idoso.

Ressaltando que, a maioria dos profissionais da saúde têm contato direto com pessoas idosas, e isso faz com que, pelo menos, os mesmos tenham o mínimo de conhecimento sobre as mesmas. Contudo (MOTTA; AGUIAR, 2007) relatam que todo profissional da saúde deve, impreterivelmente, ter subsídios gerontológicos.

Sendo assim o presente estudo busca responder a seguinte pergunta de pesquisa: como se apresentam conhecimentos e o uso de material audiovisual acerca da velhice, em ACS das unidades da Estratégia de Saúde da Família de um município do interior paulista?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o conhecimento em relação a velhice em membros da equipe de unidades de Saúde da Família da atenção básica em saúde e analisar a contribuição de material audiovisual acerca da velhice, fragilidade e cuidado do idoso, em um município do interior paulista.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o conhecimento em relação a velhice em membros da equipe da atenção básica em saúde, mediante questionário Palmore-Neri-Cachioni para Avaliação de Conhecimento em relação à Velhice;
- Desenvolver e avaliar o uso de material audiovisual de curta duração sobre temas chaves: velhice e envelhecimento, fragilidade e cuidados;
- Identificar a percepção de fragilidade sob os profissionais de saúde das USF's de São Carlos;
- Identificar a percepção dos profissionais de saúde das USF's acerca da satisfação do material desenvolvido.

METODOLOGIA

3.1 Delineamento, período e local do estudo

Trata-se de um estudo exploratório e analítico de caráter transversal, com abordagem quantitativa de investigação.

A presente pesquisa foi vinculada a um estudo maior denominado: "Ferramenta de Monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde: Avaliação de sua Efetividade e Eficiência", de responsabilidade da Profa. Dr^a. Marisa Silvana Zazzetta, em desenvolvimento

no município que tem por objetivo avaliar a usabilidade, efetividade e eficiência de uma ferramenta computacional para monitoramento de níveis de fragilidade em idoso, junto à USFs atendidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF

O período de coleta de dados foi em dezembro de 2020.

O local de estudo de coleta de dados foi em três nas USFs da região de Cidade Aracy localizadas no município de São Carlos-SP, sendo: USF José Fernando Petrilli, USF Cidade Aracy Equipe I e USF Cidade Aracy Equipe II .

3.2 Participantes

A amostra foi composta por membros das equipes de saúde das Unidades de Saúde da Família, de ambos os sexos, sob atenção do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) do município de São Carlos.

3.2.1 Critério de Inclusão: Membros efetivos das equipes das USF's da cidade de São Carlos.

3.2.2 Critério de Exclusão: Estagiários, residentes e profissionais não efetivos que atuem nas USF's.

Todos que atenderam os critérios de inclusão foram informados sobre a pesquisa e seus objetivos e convidados a participar. Os concordantes que aceitaram o convite de forma livre e esclarecida responderam aos instrumentos citados no item 3.4.

3.3 Procedimentos para a coleta de dados

Membros das Equipes de Saúde da Família participaram em 2019 de grupos focais nos quais foi discutida o atendimento a idosos nas USFs, condições de saúde e fragilidade, bem como o uso de ferramentas de avaliação em idosos. Foi previsto que a coleta de dados do presente estudo

fosse realizada nesse momento, mas por acontecimentos alheios ao estudo, a coleta de dados precisou ser adiada para 2020 e a mesma acabou sendo condicionada pela Pandemia de Covid-19.

O procedimento da coleta de dados ocorreu a partir de um primeiro contato telefônico realizado em Dezembro de 2020 com as USFs . Depois foram levados aos locais os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE) e Instrumentos de Coleta de dados para os locais e como a entrevista não pode ser realizada de forma presencial, foi dado um tempo para eles poderem ler os TCLE, tirar dúvidas via whatsapp ou e-mail, foram disponibilizados os vídeos por whatsapp assim como os instrumentos. Os participantes assistiram os vídeos e responderam os instrumentos. Depois de 14 dias foram recolhidos os instrumentos preenchidos, nas três USFs.

3.4 Instrumentos

3.4.1 Questionário de caracterização dos participantes: tem como finalidade a coleta de dados sociodemográficos. O instrumento aborda dados referentes a: idade, sexo e ocupação.

3.4.2. Questionário para Avaliação de Conhecimentos em relação à Velhice: Para avaliar os conhecimentos básicos dos profissionais de saúde para com a velhice, será aplicado o Questionário Palmore-Neri-Cachioni, (ANEXO 1) que foi validado em 2002 em uma amostra de 102 professores universitários ligados à educação gerontológica (CACHIONI, 2002). O questionário baseia-se em uma versão reduzida e adaptada do Palmore Aging Quis (HARRIS, CHANGAS & PALMORE, 1996) que contém 25 itens de múltipla escolha que pauta conhecimentos gerais sobre idoso e o processo de envelhecimento em seus domínios físico, cognitivo, social e psicológico. Logo, para sua pontuação, quanto maior o número de alternativas corretas, melhor conhecimento por parte do profissional.

Quadro 1- Estratégias e instrumentos utilizados na pesquisa

Participantes	Instrumentos de Avaliação	Estratégias de utilização	Definição
Profissionais da saúde lotados em USFs	Conhecer o perfil dos participantes	Questões de dados sociodemográficos	Utilizado para obter informações gerais de um grupo de pessoas
	Avaliação de conhecimento	Questionário Palmore – Neri – Cacione (Anexo 1)	Utilizado para avaliar os conhecimentos básicos dos profissionais da saúde a respeito do processo de envelhecimento e da velhice

Fonte: ALEXANDRIN (2020)

Foram elaborados três vídeos com duração de até dez minutos cada um. O primeiro vídeo abordou o tema "idoso frágil", onde foram pontuados fatores que levam a fragilidade, prevalência da fragilidade na população idosa residentes em regiões de alta vulnerabilidade e questões que envolvam gênero e fragilidade.

O segundo vídeo abordou o tema "mitos e verdades em relação ao envelhecimento" e trouxe conceitos presentes no questionário de Palmore-Neri-Cahione, além informações atuais sobre idoso, a velhice e o envelhecimento com o objetivo de desmistificar os mesmos.

No terceiro vídeo retratou a questão do “cuidado do idoso de longa duração”, focando em sua importância para o monitoramento do idoso na linha de cuidado nos diferentes níveis de complexidade.

3.5 Forma de Análise dos Resultados

Trata-se de uma pesquisa exploratória de cunho analítico e transversal de caráter quantitativo, codificadas e organizados através do programa Microsoft Excel.

No que diz respeito às pesquisas quantitativas, as mesmas têm como objetivo a Tradução em números das opiniões e informações para serem classificadas e analisadas. Assim sendo, as mesmas utilizam-se técnicas estatística descritiva: com confecção de tabelas de frequência, medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão).

3.6 Aspectos Éticos

O projeto está vinculado ao projeto intitulado “ferramentas de Monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde: Avaliação de sua efetividade e eficiência”, sob responsabilidade da Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta, aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa com parecer nº 2.424.616/2017.

O presente projeto será submetido à apreciação do comitê de ética em pesquisa em seres humanos da universidade federal de São Carlos (UFSCAR) e que tem a anuência da prefeitura municipal de São Carlos.

4. RESULTADOS

Para alcançar os objetivos foram realizados 3 vídeos de curta duração, com média de seis minutos, processo esse que auxiliou na avaliação e análise

de conhecimentos e percepções acerca do idoso frágil, estereótipos e preconceitos na velhice, assim como também de cuidados de longa duração. A seguir se indicam os textos utilizados em cada um deles.

4.1 Vídeos

4.1.1 Roteiro do vídeo “Idoso Frágil”

Olá, meu nome é João, e este é o primeiro vídeo de uma série de três, que se denomina “Idoso Frágil”. Nele abordaremos questões relacionadas ao instrumento Palmore-Neri- Cachione que avalia o conhecimento sobre velhice. Além disso, o vídeo também trará questões relacionadas ao envelhecimento e ao idoso.

Para começarmos introduzindo o assunto, é necessário falarmos do envelhecimento populacional, que é um fenômeno mundial e que se dá em grandes proporções tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Tal envelhecimento acarreta alterações morfológicas (ou seja, alterações na forma do corpo), bioquímicas (como o encurtamento dos telômeros), psicológicas e funcionais, que, progressivamente e naturalmente, podem desencadear em fragilização ou na fragilidade. Tais alterações fazem com que haja um processo contínuo de perdas em todos os seus aspectos.

De acordo com o estudo que se denomina "Identificando os níveis de fragilidade e fatores associados em uma população que vive em contexto de pobreza e vulnerabilidade social" que teve como objetivo, investigar uma população vulnerável que vive em contexto de pobreza em um município brasileiro e identificando alguns fatores relacionados à fragilidade vemos que, de 363 idosos, 12% eram não-frágeis, 61% eram pré-frágeis e 27% eram frágeis. Vale salientar que os principais fatores relacionados à fragilidade no estudo foram: baixo nível de atividade física; duas ou mais quedas nos últimos doze meses, mobilidade comprometida e sintomas depressivos.

Em um estudo mais específico, do ELSI-BRASIL (2018), vemos que a presença de fragilidade é mais presente nas pessoas com idades mais

avançadas, sendo 9% nas pessoas com 50 anos ou mais, 13,5% nas pessoas com 60 anos ou mais e 16,2% nas pessoas com 65 anos ou mais.

Agora, para nos apropriarmos mais do assunto, vamos entender o que é fragilidade. A fragilidade, cronologicamente falando, passou por algumas definições, a primeira por, FRIED et al. (2001), XUE, QIAN-LI. et al. (2008) e FRIED et al. (2009) que definiram fragilidade como um processo fisiopatológico único, devido a alterações de múltiplos sistemas do nosso organismo gerando a redução da capacidade de equilíbrio homeostático. A fragilidade pode ser considerada um estado de vulnerabilidade que predispõe o indivíduo a diversas doenças, podendo acarretar desfechos negativos, como, a institucionalização precoce, hospitalização, quedas, mortalidade e o aumento da dependência funcional.

Porém, pela não concordância sobre o termo por outros profissionais da saúde, foi feito um consenso, na Flórida, em 2012, para que o termo fragilidade tivesse outra definição. Portanto, a última definição de fragilidade, segundo MORLEY (2013) foi: "Uma síndrome médica com múltiplas causas e contribuintes que é caracterizada por força diminuída, resistência e função fisiológica reduzida que aumenta a vulnerabilidade de um indivíduo para desenvolver maior dependência e / ou morte".

Dito isso, alguns fatores podem ser preditores de fragilidade, sendo o envelhecimento, que como já dito anteriormente, acarreta alterações morfológicas, bioquímicas, funcionais e psicológicas; a presença de doenças, principalmente as comorbidades que vem de outras doenças que o idoso já possui e também a perda de capacidades, com destaque nas Atividades de Vida diárias (AVD).

Portanto, existem alguns fatores que devemos tomar cuidado para que o idoso não desencadeie a fragilidade, que são: presença de sintomas depressivos, déficits de mobilidade, 2 ou mais quedas por ano, redução da atividade física e baixo apoio social, todos esses fatores podem levar à fragilidade.

Por fim, aqui são algumas dicas de prevenção para que o idoso não desenvolva a fragilidade: atividades físicas, caminhada orientada, atividades

com profissionais, participação em grupos como rodas de conversa, grupos de artesanato ou grupos de amigos, busca de informação e orientação para cuidadores, familiares e envelhecimento, promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças crônicas e manter-se ativos nas atividades do dia-a-dia.

4.1.2 Roteiro do vídeo: “Mitos e verdades sobre envelhecimento e velhice”

Neste segundo vídeo, iremos abordar a questão dos estereótipos presentes na sociedade para com a população que envelhece e com os próprios idosos.

Então, para introduzirmos o assunto, vamos definir o que são mitos e o que são verdades. Mitos, segundo o nosso dicionário, tem algumas definições, sendo: “Algo ou alguém cuja existência não é real ou não pode ser comprovada.”; “Crença construída sobre algo ou alguém.”; “Expressão figurada, não real, de qualquer outra coisa; alegoria”. Já no que se refere à verdades, o mesmo é definido como: “Exatidão; que está em conformidade com os fatos e/ou com a realidade: a verdade de uma questão; verdade musical” e “Realidade; circunstância, objeto ou fato real”.

Portanto, no que tange ao processo de envelhecimento, o mesmo se caracteriza por ser contínuo, irreversível e universal, implicando em alterações do organismo que repercutem em todas as dimensões do indivíduo. Nessa perspectiva, envelhecer se relaciona não só com alterações biológicas e psicológicas, mas também com padrões sociais dominantes e a forma com que as sociedades perspectivam o envelhecimento.

As mudanças recentes (e futuras) do perfil populacional significam uma mudança cultural que terá que ocorrer nas próximas décadas, ou seja, viver e envelhecer neste século terá como fundamental desafio a ideia de mudar os pressupostos sobre o que é ser “velho”, reconstruindo significações sociais partilhadas e inovando emoções e perspectivas existentes com vista a uma nova identidade ao idoso. Nesse contexto, apresentaremos abaixo a Teoria SOC (Seleção, otimização e compensação), que explica detalhadamente a psicologia do envelhecimento.

Teoria SOC (Seleção, Otimização e Compensação)

Nesta teoria, iremos apresentar as contribuições do psicólogo Paul Baltes à psicologia do envelhecimento e do desenvolvimento, representadas através do paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida (life-span), pelo meta- modelo SOC.

Para Baltes, o desenvolvimento é um processo contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças advindas de influências genético-biológicas e socioculturais de naturezas normativa e não-normativa, marcado por ganhos e perdas e pela interação entre indivíduo e seu meio envolvente.

De acordo com essa proposta teórica, o envelhecimento bem-sucedido pode ser percebido como um processo de adaptação ao longo da vida, essencialmente através de condições ambientais e intervenções ao nível biomédico, físico, psicológico e sociocultural, com vista a alcançar um funcionamento ótimo em 4 domínios fundamentais: Saúde Física, Funcionamento Cognitivo, Regulação Emocional e Motivação e Participação Social, que iremos abordar adiante:

SAÚDE FÍSICA: Vários são os atributos que têm salientado a importância da manutenção de estilos de vida saudáveis para um envelhecimento bem-sucedido especialmente a promoção da saúde e a prevenção da doença.

DECLÍNIO COGNITIVO: Talvez seja um dos principais receios associados ao envelhecimento (principalmente a diminuição da memória e funcionamento cognitivo). Porém, a ideia de que existe um declínio generalizado e irreversível das capacidades cognitivas com a idade, surge mais como um estereótipo generalizado.

REGULAÇÃO EMOCIONAL E MOTIVAÇÃO: As emoções positivas têm sido destacadas como estando subjacentes a um conjunto de conceitos psicológicos considerados como importantes determinantes individuais para o envelhecimento bem-sucedido. Logo, as emoções e motivações podem

eventualmente, serem promovidas melhoradas e que, portanto, este domínio pode ser manipulado.

INTERAÇÃO SOCIAL: O relacionamento interpessoal adquire uma centralidade em fases mais avançadas do ciclo de vida, tornando-se preponderante o reforço dos laços sociais, a consolidação da integração familiar e a aproximação à comunidade.

Existem alguns estereótipos mais presentes no idoso, e, por conta disso, abaixo abordaremos alguns desses estereótipos e a verdade sobre eles, atrelados ao instrumento "Palmore-Neri-Cachioni" que é utilizado para avaliar o conhecimento de profissionais da saúde sobre envelhecimento e velhice:

Em relação à eficiência de trabalhadores mais velhos, comparados à de jovens de 25 a 30 anos, existe o estereótipo de que o idoso não serve mais para trabalhar e que não consegue mais desenvolver suas funções normalmente. Porém, a realidade é que o envelhecimento ocasiona gradativa diminuição da habilidade funcional, podendo interferir na jornada de trabalho. Todavia, a aquisição de conhecimentos e a possibilidade de exercer um papel de vetor de transmissão à geração, contrapõe a perda de ritmo. Além disso, apesar da piora na velocidade de reação, os mais velhos desempenham suas funções tão bem quanto os jovens. Logo, segundo o IBGE 2010, 6,2% da população idosa estava ocupada.

No que se refere ao relacionamento sexual de idosos, a sociedade é bastante convicta de que os idosos não tem atividade sexual, porém acredita-se que por volta dos 50 anos de idade, há o declínio da função sexual por conta da menopausa feminina e a progressiva disfunção erétil masculina. Porém é necessário destacar que idosos têm interesse sexual maior do que imaginam.

Já, no que tange a satisfação de vida entre os idosos, há o estereótipo de que os idosos não têm muita satisfação, principalmente porque está mais suscetível à alterações físicas e psicológicas, porém o senso de bem estar subjetivo resulta da avaliação que o indivíduo realiza sobre as suas capacidades, as condições ambientais e a sua qualidade de vida. O bem estar

subjetivo não declina com a idade, apesar de certos recursos, tais como saúde, status conjugal, e renda apresentam declínio relacionado à idade.

O que concerne à quantidade de idosos que se mantêm ativos, existe a ideia de que envelhecer significa ficar acamado, usar bengalas e não conseguir ser ativo. Entretanto, segundo a OMS (2015) o envelhecimento ativo é o processo de manutenção das capacidades de saúde, participação e qualidade de vida. Logo, idosos tendem a ter esses fatores diminuídos, porém há uma grande parcela dessa população que se mantêm ativa.

Já em relação à flexibilidade a mudanças, os indivíduos não mantêm padrões de comportamento estáticos ao longo do tempo. Pelo contrário, mudam seu comportamento para fazer frente às demandas que se alteram ao longo da vida. Assim sendo, os idosos têm menos flexibilidade para lidar com mudanças, principalmente pela alteração de contexto individual (mudanças físicas e psicológicas). Vale salientar que, os jovens, comparados aos idosos, dificilmente têm que lidar com perdas, como acontece na velhice. Então pode ser que o idoso tenha acesso à fatores preditores, mais que dado o acúmulo de necessidades, esses recursos sejam insuficientes.

No que tange à valorização de amizades próximas, há o padrão de que o idoso muitas vezes é solitário, entretanto os mesmos valorizam mais as amizades próximas, provavelmente, ela provém de uma complexa rede de alterações representando as percepções passadas, presentes e futuras, bem como as possibilidades disponíveis no ambiente.

4.1.3 Roteiro do vídeo "Cuidados de Longa Duração"

Olá, meu nome é João e este é o terceiro vídeo que será relacionado ao envelhecimento e ao idoso. Nele abordaremos questões referentes aos cuidados de longa duração, os principais prestadores de cuidados e Instituições de longa permanência para idosos (ILPI's).

Para ingressarmos no assunto é necessário falarmos que não há uma definição única para cuidados de longa duração. De acordo com a literatura, o termo é definido como "o apoio material, instrumental e emocional, formal ou

informalmente oferecido por um longo período de tempo às pessoas que o necessitam, independentemente da idade”. (CAMARANO, 2010).

Em linhas gerais, significam cuidados nas Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs), como tomar banho, se alimentar e ir ao banheiro. Porém, além de se referir às pessoas de todas as idades, na maioria das vezes o cuidado de longa duração é destinado à população idosa, que é o grupo mais exposto a doenças crônicas e mais comprometimentos nos aspectos físicos e mentais.

Os resultados da última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) revelaram que, no Brasil, o número de idosos com 60 anos ou mais de idade passou de 21,7 milhões, em 2009, para 27,8 milhões, em 2014. Entre os idosos longevos, o aumento é ainda maior. Em 2009, o Brasil registrava 9,7 milhões de pessoas com mais de 70 anos, enquanto, em 2014, a população dessa faixa etária atingiu um efetivo de 12,2 milhões de idosos (DINIZ, et al. 2018).

No Brasil, os cuidados de longa duração estão ocorrendo num contexto de envelhecimento da própria população idosa, ou seja, de crescimento mais acentuado da população de 80 anos de idade ou mais; de mudanças nos arranjos familiares e no papel social da mulher (como provedora da família e com menos tempo para prestar cuidado), e de níveis de fecundidade reduzidos. Logo, a demanda de cuidados está aumentando e a capacidade da família brasileira de cuidar dos idosos está diminuindo.

Além disso, há um excessivo aumento na prevalência de incapacidade no desempenho das atividades básicas e instrumentais com o avançar da idade, e as mulheres, geralmente, mostram médias maiores do que os homens nas idades mais elevadas. Entre 65 e 74 anos, a proporção de incapacidades é similar entre os sexos (ALLEN; MOR, 1997; LI, 2005).

Dito isso, fica cada vez mais patente que as mudanças em curso impõem a necessidade de se estabelecer políticas públicas que possibilitem alternativas de cuidados não familiares ou formais, da mesma maneira, incentivar a participação do mercado privado na oferta de serviços para esse grupo populacional. Logo, é necessário refletirmos sobre a renda dos idosos para que possam adentrar a esses serviços.

Tomando como referência a PNAD de 2014, temos que 48,4% das pessoas com mais de 60 anos no Brasil tinham rendimento superior a um salário mínimo. Portanto, pensar em uma política de cuidados de longa duração para a população idosa brasileira significa pensar, em primeiro lugar, em garantir o acesso de todos os cidadãos.

Nesse âmbito, surgem como alternativa de cuidado não-familiar e de cuidado à longo prazo as instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's). Segundo a Anvisa 2005, as ILPIs podem ser de caráter governamental ou não governamental, possuem perfil residencial, são destinadas a abrigar indivíduos com idade igual ou superior a sessenta anos e visam o apoio, suporte familiar, cuidado e estímulo à liberdade, dignidade, equidade e cidadania.

Nesse contexto, é de grande valia destacarmos que alguns fatores que podem contribuir para a institucionalização em Instituições de longa permanência, citado por Roquete, Batista e Arantes (2017) como: a indisponibilidade de um membro da família para o cuidado; conflitos familiares e ausência de um profissional cuidador no domicílio.

Além disso, outro fator fundamental que pode favorecer a institucionalização é a fragilidade, uma vez que segundo Silva e Figueiredo (2012) a institucionalização está relacionada à: presença de doenças crônicas, imobilidade, incapacidade para desenvolver AVD's, convívio com situações de violência doméstica e ter mais que setenta e cinco anos.

Desta Maneira, segundo (PIEXAK et al., 2012) as ILPIs devem proporcionar às pessoas institucionalizadas atividades recreativas, lúdicas, esportivas, manuais e sociais, além de fornecer alimentação, moradia e cuidados com higiene pessoal e saúde, de forma humanizada, que possibilitem um envelhecimento ativo com dignidade, autonomia, liberdade e cidadania.

Por fim, no que se refere ao profissional gerontólogo, o mesmo pode atuar de forma generalista, auxiliando na estruturação de ações e serviços de promoção do envelhecimento ativo e saudável e de prevenção de agravos. Além disso, o acompanhamento gerontológico e rastreio de déficits funcionais e

psicológicos, visando a autonomia e a diminuição de fatores de risco para a institucionalização.

Os vídeos foram apresentados aos participantes da pesquisa, no qual totalizaram 7 membros de equipes de Unidades de Saúde da Família. Trata-se de um grupo composto por 6 mulheres e 1 homem, sendo 1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem e 4 Agentes comunitários de saúde, que integram 3 equipes de USFs, de uma região do município de São Carlos de alta vulnerabilidade social.

4.2 .Conhecimento acerca da velhice

Quanto ao Conhecimento sobre a velhice, avaliado por instrumento específico descrito acima, e observou-se que dentre as perguntas apresentadas, destacam-se duas questões que não apresentaram acertos, sendo a número 1, que se relaciona com a quantidade de idosos que apresentam problemas cognitivos severos e a número 24, que diz respeito a questões emocionais do idoso. Além disso, outras questões tiveram apenas 1 acerto como a número 10, 16, 18, 21 e 25 que se referem ao número de idosos que se mantêm ativos, emotividade dos idosos em comparação aos mais jovens, acidentes de trabalho entre os mais velhos, prioridade no tratamento dos idosos no sistema de saúde comparado aos mais jovens, rendimento mensal dos idosos e educação dos mesmos, respectivamente.

Logo, no que se refere as questões que tiveram mais acertos, sobressaem as questões número 3 (sexualidade do idoso), 6 (força física em idosos saudáveis), 11 (flexibilidade de adaptação à mudanças, 14 (velocidade de reação das pessoas de 60 a 70 anos) e 15 (valorização das amizades) e 20 (prioridade no atendimento em saúde).

A média de acertos foi de 10,2%, sendo descrito como menor conhecimento gerontológico por Ferreira e Ruiz (2012).

**Tabela 1- porcentagens de acertos por questões do instrumento
PALMORE-NERI-CACHIONE**

Número da Questão	Nº de respostas	Assunto Abordado nos vídeos	Total de acertos da questão	Porcentagem de acertos
1. A proporção de pessoas de mais de 65 anos que apresentam problemas cognitivos é: a) uma em 100 b) uma em 10 * c) uma em duas d) a maioria	7	Fragilidade	0	0%
2. Os sentidos que tendem ao enfraquecimento na velhice são: a) a visão e a audição b) o paladar e o olfato c) a visão, a audição e o tato d) todos os sentidos	7	Fragilidade	2	28,5%
3. A maioria dos casais acima de 65 anos: a) perdem o interesse por sexo * b) não são capazes de ter relações sexuais c) continuam a praticar sexo regularmente d) tem alta frequência de atividade sexual	7	Estereótipos	5	71,4%
4. A capacidade pulmonar nos idosos saudáveis: a) tende a declinar-se * b) tende a manter-se c) tende a melhorar d) não tem relação com idade	7	Fragilidade	4	57,1
5. A satisfação com a vida entre idosos: a) não existe b) é maior do que entre os jovens * c) é menor do que entre os jovens d) não tem relação com idade	7	Estereótipos	2	28,5%
6. A força física em idosos saudáveis: a) tende a declinar com a idade * b) tende a manter-se com a idade c) tende a aumentar com a idade d) não tem relação com idade	7	Fragilidade	5	71,4%

7. A cifra que mais se aproxima da realidade, com relação à porcentagem de brasileiros de mais de 65 anos que residem em asilos e casas de repouso, é de: a) 1 para 100 * b) 10 para 100 c) 25 para 100 d) 50 para 100	6	Estereótipos	4	66,6%
8. O número de acidentes em motoristas com mais de 65 anos, em comparação com os 30 a 40 anos apresentam: a) maior b) o mesmo c) menor * d) desconhecido	7	Estereótipos	3	42,8%
9. Em comparação com os trabalhadores de 25 a 35 anos, os de 50 a 60 anos apresentam: a) maior eficiência b) a mesma eficiência c) menor eficiência d) depende do tipo de trabalho *	7	Estereótipos	3	42,8%
10. A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que se mantêm ativas é: a) pequena b) média c) grande * d) não tem relação com a idade	7	Estereótipos	1	14,20%
11. A flexibilidade para adaptar-se a mudanças entre pessoas de 60 a 70 anos é: a) pequena * b) média c) grande d) não tem relação com a idade	7	Estereótipos	6	85,7%
12. Em comparação com os jovens a capacidade de aprender de pessoas de 60 a 70 anos é: a) menor * b) igual c) maior d) não depende da idade	7	Estereótipos	3	42,8%
13. Em comparação com os jovens, os velhos têm a seguinte propensão à depressão: a) maior * b) menor c) igual	7	Fragilidade	2	28,5%

d) não depende de idade				
14. Em comparação com os jovens a velocidade de reação das pessoas de 60 a 70 anos é: a) menor * b) igual c) maior d) não depende da idade	7	Estereótipos	6	85,7%
15. Em comparação com os jovens, os velhos: a) valorizam mais as amizades chegadas/próximas * b) buscam mais fazer novos amigos c) têm pouco interesse em amizades d) não depende de idade	7	Estereótipos	5	71,4%
16. Em comparação com os jovens, os velhos são: a) mais emotivos b) menos emotivos c) igualmente emotivos d) não depende de idade *	7	Estereótipos	1	14,2%
17. A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que vivem sozinhas é: a) pequena * b) média c) grande d) não tem relação com a idade	7	Estereótipos	2	28,5%
18. A taxa de acidentes de trabalho entre adultos mais velhos tende a ser: a) maior b) igual c) menor d) depende do tipo de tarefa *	7	Estereótipos	1	14,2%
19. A porcentagem de brasileiros acima de 60 anos é de cerca de: a) 8,2 % b) 4,5% c) 13% * d) 23%	6	CLD	3	50%
20. No sistema público de saúde o tratamento dos idosos em comparação com os jovens tem prioridade: a) menor b) igual c) maior * d) não tem relação com a idade	7	Fragilidade	7	100%

21. A maioria dos idosos brasileiros tem rendimento mensal de: a) até 1 salário mínimo * b) 1 a 3 salários mínimos c) 3 a 5 salários mínimos d) 5 a 10 salários mínimos	7	CLD	1	14,2%
22. A maioria dos idosos é: a) economicamente ativa b) socialmente produtiva, mas economicamente inativa * c) improdutiva d) aposentada	7	Estereótipos	2	28,5%
23. A religiosidade tende a: a) crescer com a idade * b) diminuir com a idade c) manter-se com a idade d) não ter relação com a idade	7	Estereótipos	3	42,8%
24. Com a idade a maioria dos idosos: a) Torna-se mais emotiva b) Torna-se menos emotiva c) torna-se emocionalmente mais seletiva * d) não muda	7	Estereótipos	0	0%
25. Em comparação com as velhas gerações, as próximas gerações de idosos serão: a) mais educadas * b) menos educadas c) tão educadas quanto d) não é possível prever	7	Estereótipos	1	14,2%

* Alternativas corretas

Fonte: ALEXANDRIN (2020)

Os participantes demonstraram maior conhecimento nas questões referentes à fragilidade e menor conhecimento em relação às perguntas trazidas na contextualização do vídeo de cuidados de longa duração. Vale destacar que apesar do vídeo de Estereótipos conter temas abordados na maioria das perguntas do questionário acima, o conhecimento médio dos participantes teve porcentagem menor que as perguntas abordadas no vídeo de fragilidade.

Tabela 2: Distribuição de porcentagens de acertos por temas de vídeos

Participantes	Vídeo Fragilidade %	Vídeo estereótipos %	Vídeo CLD %
1	83	47,05	50
2	16	41,07	50
	50	52,94	50
4	16	12,5	25
5	33	52,94	0
6	83	47,05	0
7	66,6	35,29	0
Média de acertos	49,57	41,28	25

Fonte: ALEXANDRIN (2020)

Em relação à satisfação com os vídeos que os participantes assistiram após responder o questionário de avaliação em conhecimentos gerontológicos (PALMORE-NERI- CACHINE, 2002), observou-se que houve concentração de respostas nas categorias “Mais ou Menos e Muito”, o que indica uma boa satisfação, como mostra a tabela 3. No entanto, é relevante destacar que em relação às contribuições sobre os temas que os vídeos abordaram (questão 2) a maioria destacou que o material apresentado teve muita contribuição.

Tabela 3: Satisfação referente aos vídeos apresentados

Grau de satisfação	Pergunta 1: Utilidade para melhorar conhecimento	Pergunta 2: Contribuições sobre os temas	Pergunta 3: Minimização de estereótipos	Pergunta 4: Sensibilização de mudanças de práticas
Muito Pouco	0	0	0	0
Pouco	1	0	0	0
mais ou menos	4	2	4	4
Muito	1	4	2	2
Muitíssimo	0	0	0	0

Fonte: ALEXANDRIN (2020)

Quanto à pontuação de 0 a 10 que os participantes outorgaram aos 3 vídeos, verificou-se que a média foi de 6,6 pontos. O que corrobora com a pontuação qualitativa que se observou na tabela 4.

Tabela 4: Grau de satisfação com os vídeos apresentados de 0 a 10

Grau de satisfação	0-10
Questionário 1	6
Questionário 2	9
Questionário 3	7
Questionário 4	7
Questionário 5	6
Questionário 6	5
Média	6,6

Obs: Um participante não respondeu esta pergunta

Fonte: ALEXANDRIN (2020)

Em relação a preferência dos vídeos e seu conteúdo, observou-se heterogeneidade quanto ao favoritismo, dado que como mostra a tabela 4, os três vídeos contaram com a mesma quantidade de votos, dado que um participante não respondeu essa pergunta.

Tabela 5: Preferência de vídeos apresentados

Vídeos que mais gostaram	Quantidade
Fragilidade no idoso	2
Cuidados de Longa duração	2
Estereótipos sobre a velhice	2

Fonte: ALEXANDRIN (2020)

5 DISCUSSÃO

Diante dos dados expostos, podemos confirmar que a maior parte dos profissionais que participaram do estudo e que trabalham nas USFs da grande Cidade Aracy eram mulheres, com idade máxima de 52 anos.

Logo, essa preponderância do sexo feminino nos Agentes Comunitários de Saúde corrobora com um estudo de Garcia e colaboradores (2019), que teve como objetivos identificar o perfil e descrever o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, onde foi exposto que 91,1% de 291 Agentes Comunitários de Saúde eram do sexo feminino reforçando a ideia de feminização das pessoas que trabalham na área da saúde.

Além disso, neste estudo foi proposto a analisar o conhecimento de profissionais da saúde a respeito do envelhecimento e do idoso, relacionando com a vivência subjetiva dos mesmos em suas respectivas USFs. Neste sentido, estes achados são corroborados em um estudo de Reis et al. (2017) que avaliou o conhecimento de profissionais de um hospital público, por meio do questionário Palmore-Neri-Cachione onde teve-se como resultado um baixo conhecimento sobre o envelhecimento humano.

Além do mais, outro estudo que pode reforçar a ideia de baixo conhecimento gerontológico por parte de agentes comunitários é o de Ferreira e Ruiz, 2012, onde também utilizaram o questionário PALMORE-NERI-CACHIONE para avaliar o conhecimento de profissionais. Tal estudo teve como resultado o baixo acerto em questões gerontológicas, estando diretamente ligadas às capacitações recebidas pelos agentes comunitários de saúde.

Portanto, o envelhecimento populacional faz com que saber compreender e relacionar-se com os idosos se torne um desafio para esse personagem na boa execução de suas funções. Assim, é fundamental sabermos o que os ACS atuam e conhecem sobre o idoso e sobre o envelhecimento (FERREIRA; MORAIS, 2011).

Nesse contexto, no estudo de Martins, D'ávila e Hilgert, 2014, o mesmo aborda que a realidade do cuidado da saúde da pessoa idosa apresenta muitos desafios, sendo a restrição no acesso, desarticulação da rede de cuidados, limitações de tipos de serviços oferecidos e ,principalmente, o despreparo das equipes para com a população idosa..

Assim sendo, é necessário colocarmos que o ACS pode formular ações educativas, identificar situações de risco, compreender os dados sociodemográficos da população e intervir no processo de adoecimento. Portanto, diferentes estratégias de qualificação devem ser utilizadas, inclusive a educação permanente, pois, pelas suas características, elas dão um novo sentido ao processo de aprendizagem (COELHO, VASCONCELLOS, DIAS, 2018).

Logo, a Estratégia de Saúde da família, que é uma das regiões de atuação do ACS, e os demais equipamentos que constituem a atenção básica do país são regulamentados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Isso evidencia a relevância da formação e educação permanente em saúde e da adoção de práticas mais alinhadas aos princípios e diretrizes do SUS. De acordo com o relatório da PNAB de 2017, a Educação Permanente em Saúde (EPS) pode ajudar os profissionais a questionar os processos de trabalho, adotar ferramentas para aprimorar ações e serviços e ampliar sua capacidade crítica e reflexiva (BRASIL, 2018)

Portanto, a realidade descrita no estudo expõe a necessidade de capacitação e formação mais específicas dos agentes comunitários de saúde em Geriatria e gerontologia, uma vez que os mesmos estão em contato direto com pessoas idosas em suas respectivas USFs. Tal necessidade faz parte da estratégia do Sistema Único de Saúde de desenvolvimento e formação de trabalhadores para o setor, através da portaria 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004.

Outra carência em destaque, se dá em uma gestão mais comprometida com a saúde da pessoa idosa nas USFs participantes, visto que é de suma importância definir um tempo específico para os Agentes comunitários de

saúde trabalharemos temáticas que envolvam o envelhecimento e a pessoa idosa.

Em vista disso, o estudo apresentou limitações a respeito do tempo que os participantes tiveram para responder às questões, o que pode ter influenciado na satisfação com o estudo. Também, o estudo poderia ter abrangido mais agentes e profissionais, porém, por motivos de afastamento por gravidez e por Covid-19, a amostra foi diminuída.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o presente estudo alcançou seus objetivos traçados. Logo, o desenvolvimento do mesmo foi essencial para que pudéssemos quantificar o conhecimento dos profissionais e de agentes comunitários de saúde sobre envelhecimento e a pessoa idosa. Porém, o que se presencia é a falta de qualificação adequada acerca dos temas explorados.

Além de tudo, a construção de material audiovisual sobre temas relacionados à Fragilidade no Idoso, Estereótipos sobre a Velhice e Cuidados de Longa Duração apresentou contribuições para que os profissionais tivessem maior contato com o assunto e conseqüentemente mais conhecimento. Logo, o maior número de acertos em questões relacionadas á fragilidade deve-se a intervenções do projeto maior nessas USFs, onde o mesmo forneceu propriedades para os participantes responderem as questões.

Nesse caso, é necessário e eficaz proporcionar aos agentes comunitários de saúde uma educação permanente em Geriatria e Gerontologia, ou seja, temáticas específicas sobre envelhecimento e velhice, pois esses profissionais apresentam empecilhos no conhecimento dessas áreas. Uma vez que o conhecimento é fornecido, os agentes podem aprimorar seus recursos por meio da equipe e da comunidade.

Ademais, quando mencionamos a falta de qualificação desses profissionais pelo tema em destaque cria-se a reflexão sobre possíveis melhorias na gestão das USFs do bairro cidade Aracy, sugerindo o aumento do tempo de seus funcionários para temática do envelhecimento e velhice, para que os mesmos valorizem os dados obtidos e possam melhorar a sua competência mediante a esse grupo populacional.

Nesta questão, destaca-se o profissional bacharel em Gerontologia, que tem em suas vertentes de atuação a gestão de serviços, a fim de contribuir para a efetivação de uma atenção à saúde integral da pessoa idosa.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEN, S. M.; MOR, V. The prevalence and consequences of unmet need: contrast between older and young adults with disability. *Medical Care*, v. 35, n. 11, p. 1.132-1.148, 1997.

ANDRADE, Juliana Mara et al. Perfil da fragilidade em adultos mais velhos brasileiros: ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, p. 17s, 2018.

ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RESOLUÇÃO - RDC Nº 283, DE 26 DE SETEMBRO DE 2005. <Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html> Acesso em: 13 de setembro de 2020.

BAJOTTO, Alethéia Peters et al. Perfil do paciente idoso atendido por um programa de atenção domiciliar do sistema único de saúde em Porto Alegre, RS. *Revista HCPA*. Porto Alegre. Vol. 32, n. 3,(2012), p. 311-317, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS. Proposta de modelo de atenção integral. 2014. < Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf> Acesso em: 05 de janeiro de 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. portaria 198/GM de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. <Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em 07 de janeiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2018. <Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 07 de janeiro de 2021.

BRASIL; BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário oficial da União*, v. 1, 2006.

BRASIL. Relatórios econômicos da OCDE. 2015. Disponível em < <http://www.oecd.org/economy/surveys/Brasil-2015-resumo.pdf>> Acesso em: 03 de novembro de 2017.

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

CANZONIERI, Ana Maria. Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde. In: Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde. 2011. p. 126-126. CESARI, Matteo et al. Frailty: an emerging public health priority. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 17, n. 3, p. 188-192, 2016.

CESARI, Matteo et al. Frailty: an emerging public health priority. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 17, n. 3, p. 188-192, 2016.

COELHO, Jamilly Gusmão; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; DIAS, Elizabeth Costa. A Formação de Agentes Comunitários de Saúde: construção a partir do encontro dos sujeitos. *Trabalho, Educação e Saúde*, n. ahead, p. 0-0, 2018.

CRUZ, Danielle Teles da et al. Fatores associados à fragilidade em uma população de idosos da comunidade. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 106, 2017.

DINIZ, Maria Angélica Andreotti et al. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 3789-3798, 2018.

FERREIRA, Virgílio Moraes; RUIZ, Tania. Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, p. 843-849, 2012.

FRIED, Linda P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, v. 56, n. 3, p. M146-M157, 2001. *Gerontol A Biol Sci Med Sci* 56(3): M146-156.

FRIED, Linda P. et al. Nonlinear multisystem physiological dysregulation associated with frailty in older women: implications for etiology and treatment. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, v. 64, n. 10, p. 1049-1057, 2009.

GARCIA, Ana Claudia Pinheiro et al. Perfil e o Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, p. 339-344, 2019.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: GASKELL, G.; BAUER, M. W. (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.

GIL, Antonio Carlos et al. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2002.

GRAY, William K. et al. Frailty screening in low-and middle-income countries: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 64, n. 4, p. 806-823, 2016.

IBGE, G. Sistema IBGE de recuperação automática: SIDRA. Banco de dados agregados, 2015. <Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.Asp>> Acesso em: 30 de maio de 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2015. Disponível em <<https://censo2010.ibge.gov.br/noticiascenso.html?busca=1&id=1&idnoticia=3326&t=sis-2016-67-7-idosos-ocupados-comecaram-trabalhar-14-anos&view=noticia#:~:text=De%202005%20para%202015%2C%20a,%25%20para%2014%2C3%25>>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

IBGE. PNAD Contínua. Número de idosos cresce 18% em 56 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Disponível em <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-56-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>> Acesso em: 14 de novembro de 2017.

KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, v. 21, p. 200-210, 1987.

LANA, Letice Dalla; SCHNEIDER, Rodolfo Herberto. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n. 3, p. 673-680, 2014.

LI, S. Y. Trajectories of ADL disability among community-dwelling frail older persons. *Research on Aging*, v. 27, n. 1, p. 56-79, 2005

MARTINS, Aline Blaya et al. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 3413, 2014.

MORLEY, J.E et al. Frailty Consensus: A Call to Action. *J Am Med Dir Assoc*. v. 6, n.14, 2013.

NERI, Anita Liberalesso. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em psicologia*, v. 14, n. 1, p. 17-34, 2006.

NERI, Anita Liberalesso et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, p. 778-792, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial de envelhecimento e saúde, 2015. Disponível em: < <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>> Acesso em: 05 de fevereiro de 2017.

PIEXAK, Diéssica Roggia et al. Percepção de profissionais de saúde em relação ao cuidado a pessoas idosas institucionalizadas. Revista brasileira de geriatria e gerontologia, v. 15, n. 2, p. 201-208, 2012.

PLACIDELI, Nádia; RUIZ, Tania. Educação continuada em gerontologia para agentes comunitários de saúde. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 10, n. 36, 2015.

PNAD. População desocupada cresce, mas tendência de redução da desigualdade se mantém, 2014. <Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/9638-pnad-2014-populacao-desocupada-cresce-mas-tendencia-de-reducao-da-desigualdade-se-mantem>> Acesso em 20 de outubro de 2020.

REIS, Fernanda Ferreira de Souza et al. Conhecimento da equipe de enfermagem de um hospital público sobre o envelhecimento humano. Rev. enferm. UFPE on line, p. 2504-2603, 2017.

ROQUETE, Fátima Ferreira; BATISTA, Carolina Campos Ricci Frá; ARANTES, Rodrigo Caetano. Demandas assistenciais e gerenciais das instituições de longa permanência para idosos: uma revisão integrativa (2004-2014). Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 20, n. 2, p. 288-301, 2017.

SÁNCHEZ-GARCÍA, Sergio et al. Frailty in community-dwelling older adults: association with adverse outcomes. Clinical interventions in aging, v. 12, p. 1003, 2017.

SILVA, Henrique Salmazo da; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Education as an instrument of change in the provision of care for the elderly. Educar em Revista, v. 34, n. 67, p. 283-296, 2018.

SILVA, M. V. da; FIGUEIREDO, M. do L. F. Idosos institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. Revista Enfermagem em Foco, v.3, n.1, p.22-24, 2012.

VECCHIA, Marcelo Dalla. A saúde mental no Programa de Saúde da Família: estudo sobre práticas e significações de uma equipe. 2006.

XUE, Qian-Li et al. Initial manifestations of frailty criteria and the development of frailty phenotype in the Women's Health and Aging Study II. The Journals of

Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, v. 63, n. 9, p.
984-990, 2008

APÊNDICES

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome:

Sexo:

Idade:

Ocupação:

USF:

PESQUISA DE SATISFAÇÃO REFERENTE AOS VÍDEOS APRESENTADOS

As questões a seguir abordam a utilidade dos vídeos para a melhor compreensão da velhice e do envelhecimento. Responda de acordo com o grau de satisfação com o material apresentado nos vídeos

1) Os vídeos apresentados foram de utilidade para a melhorar o conhecimento sobre velhice e envelhecimento?

1. **Muito Pouco** () 2. **Pouco** () 3. **Mais ou Menos** () 4. **Muito** () 5. **Muitíssimo** ()

2) Os vídeos trouxeram contribuições sobre os temas que eles abordaram?

1. **Muito Pouco** () 2. **Pouco** () 3. **Mais ou Menos** ()
4. **Muito** () 5. **Muitíssimo** ()

3) Os vídeos contribuem para minimizar estereótipos e preconceitos relacionados à velhice e envelhecimento ?

1. **Muito Pouco** () 2. **Pouco** () 3. **Mais ou Menos** ()
4. **Muito** () 5. **Muitíssimo** ()

4) Os vídeos contribuem para sensibilizar e considerar mudanças de práticas e relacionados à velhice e envelhecimento ?

1. **Muito Pouco** () 2. **Pouco** () 3. **Mais ou Menos** ()
4. **Muito** () 5. **Muitíssimo** ()

5) Qual vídeo Gostou mais?

() **Fragilidade no Idoso** () **Cuidados de Longa duração** () **Estereótipos Sobre a Velhice**

6) De 0 a 10, qual a sua satisfação para com os vídeos:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Comentários: _____

ANEXOS

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS EM RELAÇÃO À VELHICE

1. A proporção de pessoas de mais de 65 anos que apresentam problemas cognitivos severos é:

- a) uma em 100
- b) uma em 10 *
- c) uma em duas
- d) a maioria

2. Os sentidos que tendem ao enfraquecimento na velhice são:

- a) a visão e a audição
- b) o paladar e o olfato
- c) a visão, a audição e o tato
- d) todos os sentidos

8 A maioria dos casais acima de 65 anos:

- a) perdem o interesse por sexo *
- b) não são capazes de ter relações sexuais
- c) continuam a praticar sexo regularmente
- d) tem alta frequência de atividade sexual

9 A capacidade pulmonar nos idosos saudáveis:

- a) tende a declinar-se *
- b) tende a manter-se
- c) tende a melhorar
- d) não tem relação com idade

5. A satisfação com a vida entre idosos:

- a) não existe
- b) é maior do que entre os jovens *
- c) é menor do que entre os jovens
- d) não tem relação com idade

6. A força física em idosos saudáveis:

- a) tende a declinar com a idade *
- b) tende a manter-se com a idade
- c) tende a aumentar com a idade
- d) não tem relação com idade

7. A cifra que mais se aproxima da realidade, com relação à porcentagem de brasileiros de mais de 65 anos que residem em asilos e casas de repouso, é de:

- a) 1 para 100 *
- b) 10 para 100
- c) 25 para 100
- d) 50 para 100

8. O número de acidentes em motoristas com mais de 65 anos, em comparação com os 30 a 40 anos apresentam:

- a) maior
- b) o mesmo
- c) menor *
- d) desconhecido

9. Em comparação com os trabalhadores de 25 a 35 anos, os de 50 a 60 anos apresentam:

- a) maior eficiência
- b) a mesma eficiência
- c) menor eficiência
- d) depende do tipo de trabalho *

10. A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que se mantêm ativas é:

- a) pequena
- b) média
- c) grande *
- d) não tem relação com a idade

11. A flexibilidade para adaptar-se a mudanças entre pessoas de 60 a 70 anos é:

- a) pequena *
- b) média
- c) grande
- d) não tem relação com a idade

12. Em comparação com os jovens a capacidade de aprender de pessoas de 60 a 70 anos é:

- a) menor *
- b) igual
- c) maior
- d) não depende da idade

13. Em comparação com os jovens, os velhos têm a seguinte propensão à depressão:

- a) maior *
- b) menor
- c) igual
- d) não depende de idade

14. Em comparação com os jovens a velocidade de reação das pessoas de 60 a 70 anos é:

- a) menor *
- b) igual
- c) maior
- d) não depende da idade

15. Em comparação com os jovens, os velhos:

- a) valorizam mais as amizades chegadas/próximas *
- b) buscam mais fazer novos amigos
- c) têm pouco interesse em amizades
- d) não depende de idade

16. Em comparação com os jovens, os velhos são:

- a) mais emotivos
- b) menos emotivos
- c) igualmente emotivos
- d) não depende de idade *

17. A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que vivem sozinhas é:

- a) pequena *
- b) média
- c) grande
- d) não tem relação com a idade

18. A taxa de acidentes de trabalho entre adultos mais velhos tende a ser:

- a) maior
- b) igual
- c) menor
- d) depende do tipo de tarefa *

19. A porcentagem de brasileiros acima de 60 anos é de cerca de:

- a) 8,2 % *
- b) 4,5%
- c) 13% *
- d) 23%

20. No sistema público de saúde o tratamento dos idosos em comparação com os jovens tem prioridade:

- a) menor *
- b) igual
- c) maior
- d) não tem relação com a idade

21. A maioria dos idosos brasileiros tem rendimento mensal de:

- a) até 1 salário mínimo *
- b) 1 a 3 salários mínimos
- c) 3 a 5 salários mínimos
- d) 5 a 10 salários mínimos

22. A maioria dos idosos é:

- a) economicamente ativa
- b) socialmente produtiva, mas economicamente inativa *
- c) improdutiva
- d) aposentada

23. A religiosidade tende a:

- a) crescer com a idade *
- b) diminuir com a idade
- c) manter-se com a idade
- d) não ter relação com a idade

24. Com a idade a maioria dos idosos:

- a) Torna-se mais emotiva
- b) Torna-se menos emotiva
- c) torna-se emocionalmente mais seletiva *
- d) não muda

25. Em comparação com as velhas gerações, as próximas gerações de idosos serão:

- a) mais educadas *
- b) menos educadas
- c) tão educadas quanto
- d) não é possível prever

* Alternativas corretas

Fonte: Cachioni M. Quem educa os idosos? Um estudo sobre professores de Universidades da Terceira Idade. Campinas: Átomo e Alínea, 2002



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ferramenta de Monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde: Avaliação de sua Efetividade e Eficiência

Pesquisador: Marisa Silvana Zazzetta

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 86076017.3.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.424.616

Apresentação do Projeto:

Estudo observacional e transversal, de abordagem quanti-qualitativa, na temática fragilidade e desenvolvimento de tecnologias de monitoramento neste âmbito. Para o desenvolvimento da tecnologia tomará uma das administrações regionais de saúde do município de São Carlos/SP, especificamente prospectando o envolvimento dos seguintes participantes: agentes comunitários de saúde (testarão a ferramenta e o aprimoramento dela), profissionais de saúde (contribuem com a etapa de avaliação da eficácia da ferramenta) e idosos (total de 183, junto aos quais intenciona-se aplicação de testes e questões, além de coleta de material biológico). Estudo é continuidade de outro anteriormente desenvolvido.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a usabilidade, efetividade e eficiência de uma ferramenta computacional para monitoramento de níveis de fragilidade em idosos atendidos na atenção básica de saúde.

Objetivo Secundário:

1. Evoluir o protótipo da ferramenta implementada, considerando seu projeto e decisões tecnológicas utilizadas no desenvolvimento, visando atender a diferentes cenários de uso, manutenção, hospedagem e potencial adaptação diante de novos requisitos identificados.
- 2.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.424.616

Investigar algoritmos de análise e mineração de dados, com base em agrupamento em dois passos e árvores de decisão, confrontando os resultados apontados com instrumentos já consolidados (Avaliação Subjetiva de Fragilidade, Fenótipo de Fragilidade de Fried, Escala de Fragilidade de Edmonton), de modo a verificar se o algoritmo é capaz de gerar indicativos fidedignos sobre a classificação da fragilidade de cada indivíduo e encaminhamentos com base

nessa classificação.3. Identificar e monitorar os níveis de fragilidade (não frágil, pré frágil e frágil) de idosos cadastrados em equipamentos de saúde da atenção básica.4. Analisar a efetividade da ferramenta no sistema de saúde, como instrumento de triagem da fragilidade, sugerindo encaminhamentos de acordo com os fatores associados à fragilidade, com base nos dados existentes sobre a população em estudo.5. Verificar os ganhos de eficiência que a ferramenta pode gerar para o SUS, tendo em vista que a intenção é desonerar financeiramente o sistema público de saúde em termos de gastos com pessoal, hardware, equipamentos, e consultas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Para os profissionais de saúde participantes a participação no estudo pode ocasionar risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter a

algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço.

Para o idoso o preenchimento dos questionários traz a possibilidade de risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter a algum desconforto,

evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após responder os questionários ou cansaço físico após a realização

do teste de marcha em que precisará caminhar 4,8 metros e realizar o teste de força. A coleta de sangue será realizada em ambiente privativo por

profissional habilitado em uma veia do braço usando luvas, máscara, agulha e seringa descartáveis, após serem tomados todos os cuidados para

este tipo de procedimento. Os riscos que podem ocorrer referem-se a que nas primeiras horas poderá surgir, no local da punção, uma mancha roxa

ou pequeno desconforto que deverá desaparecer em no máximo 3 a 4 dias. Algumas pessoas poderão sentir tonteira durante ou após o

procedimento. Para minimizar esse acontecimento, você será orientado a permanecer sentado durante alguns minutos até que se sinta confortável

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-9683 E-mail: oephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.424.616

para levantar. Em relação à coleta de sangue há o risco de leve dor na região do braço no momento em que o sangue estiver sendo coletado, ou após devido a presença de alguma mancha roxa decorrente da punção da agulha. Todos os cuidados para a coleta de sangue serão observados como agulhas descartáveis e compressão do local para facilitar o estancamento do sangue. É importante esclarecer que toda a avaliação será realizada sob supervisão do pesquisador, porém, caso algumas dessas possibilidades ocorram, está garantida a suspensão imediata da entrevista, mediante manifestação do participante ou observação do entrevistador, com possibilidade de continuidade em outro momento ou finalização de sua participação, à critério do participante.

Benefícios:

Para o idoso, o benefício direto à participação está relacionado à avaliação em relação a fragilidade e processo de envelhecimento e à verificação da normalidade de exame sanguíneo, usufruir de uma ferramenta de monitoramento de fragilidade em idosos Também obterá como benefícios indiretos a contribuição com o conhecimento científico para a área de Gerontologia. Vale destacar que, após as avaliações realizadas, caso seja identificado qualquer problema de saúde, a equipe do USF será comunicada e o participante será encaminhado (a) e acompanhado (a) pelo o serviço de saúde do município. Ao final da pesquisa, o idoso e a USF que frequenta terão uma devolutiva por escrito e em encontro específico, de suas condições de saúde. Para os profissionais da saúde, o benefício relacionado a participação será de forma indireta, dado que contribuirá com o avanço do conhecimento científico para a área de Gerontologia, especialmente com um sistema efetivo e eficiente de monitoramento para detectar risco de fragilidade em idosos que seja confiável, sensível, de baixo custo, acessível e que possa auxiliar a equipe de saúde da atenção básica na tomada de decisões, permitindo que os pacientes possam ter seguimento e monitoramento quanto aos níveis de fragilidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	
Bairro: JARDIM GUANABARA	CEP: 13.565-905
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.424.616

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram adequados conforme solicitação do Parecer de pendência.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas. Projeto Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_877804.pdf	10/11/2017 20:31:50		Aceito
Outros	CartaCEP.doc	10/11/2017 20:30:40	Marisa Silvana Zazzetta	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	DECLARACOESBIOREPOSITORIOEREGULAMENTO.doc	10/11/2017 20:29:27	Marisa Silvana Zazzetta	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoUSPCoParticipante.pdf	10/11/2017 20:26:57	Marisa Silvana Zazzetta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	IdosoTCLE.doc	10/11/2017 20:26:27	Marisa Silvana Zazzetta	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOanuencia.doc	10/11/2017 20:25:58	Marisa Silvana Zazzetta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	10/11/2017 20:24:43	Marisa Silvana Zazzetta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	FuncionarioTCLE.doc	29/08/2017 19:29:46	Marisa Silvana Zazzetta	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	29/08/2017 19:12:28	Marisa Silvana Zazzetta	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	17/03/2017 11:49:05	Marisa Silvana Zazzetta	Aceito
Declaração de	CARTAANUENCIAPREFEITURA.pdf	13/03/2017	Marisa Silvana	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-9683 E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.424.616

Instituição e Infraestrutura	CARTAANUENCIAPREFEITURA.pdf	10:57:05	Zazzetta	Aceito
------------------------------	-----------------------------	----------	----------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 08 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-9683 E-mail: cephumanos@ufscar.br