

UNIVERSIDADE PROFESSOR EDSON ANTONIO VELANO – UNIFENAS

Patrícia Silva Rodriguez

**SAÚDE DO IDOSO NO CURRÍCULO MÉDICO: análise de consenso baseado no
método *Delphi***

Belo Horizonte

2021

Patrícia Silva Rodriguez

**SAÚDE DO IDOSO NO CURRÍCULO MÉDICO: análise de consenso baseado no
método *Delphi***

Dissertação apresentada à Universidade Professor Edson Antônio Velano – UNIFENAS como parte das exigências do curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Karen Cecília de Lima Torres

Coorientador: Prof. Dr. Rodrigo Ribeiro dos Santos

Belo Horizonte

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Unifenas BH Itapoã

Rodriguez, Patrícia Silva.

Saúde do idoso no currículo médico: análise de consenso baseado no modelo *Delphi*. [Manuscrito] / Patrícia Silva Rodriguez. – Belo Horizonte, 2021.

148 f.

Orientadora: Karen Cecília de Lima Torres.

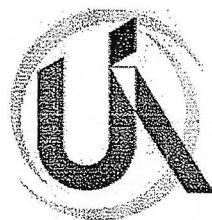
Coorientador: Rodrigo Ribeiro dos Santos.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Professor Edson Antônio Velano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2021.

1. Educação Médica. 2. Idosos. 3. Geriatria. I. Rodriguez, Patrícia Silva. II. Universidade Professor Edson Antônio Velano. III. Título.

CDU: 61:378

Bibliotecária responsável: Gisele da Silva Rodrigues CRB6 - 2404



UNIFENAS
Pesquisa e Pós-graduação

Certificado de Aprovação

**SAÚDE DO IDOSO NO CURRÍCULO MÉDICO: análise de consenso baseado no
método Delphi**

AUTOR: Patrícia Silva Rodriguez

ORIENTADOR: Profa. Dra. Karen Cecília de Lima Torres Navarro

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de **Mestre Profissional em Ensino em Saúde** pela Comissão Examinadora.

Profa. Dra. Karen Cecília de Lima Torres Navarro

Prof. Dr. Edgar Nunes de Moraes

Profa. Ms. Ligia Maria Cayres Ribeiro

Belo Horizonte, 30 de outubro de 2021.

Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.
Coordenador do Mestrado Profissional

Em Ensino em Saúde
UNIFENAS



Presidente da Fundação Mantenedora - FETA

Larissa Araújo Velano

Reitora

Maria do Rosário Araújo Velano

Vice-Reitora

Viviane Araújo Velano Cassis

Pró-Reitor Acadêmico

Danniel Ferreira Coelho

Pró-Reitora Administrativo-Financeira

Larissa Araújo Velano

Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Viviane Araújo Velano Cassis

Diretor de Pesquisa e Pós-graduação

Marcus Vinícius Guarizo Cremonese

Supervisora do Câmpus

Maria Cristina Costa Resck

Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Aloísio Cardoso Júnior

Dedico esse trabalho aos meus filhos
Rodrigo e Rafaela,
aos meus pais, Francisco e Marleyne (*in memoriam*),
fontes de amor e motivação diária, e
a Deus, por sua proteção
e força durante toda a minha jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus, por ter me concedido a vida e a força necessária para alcançar o desafio proposto.

Aos meus filhos pela compreensão, paciência e apoio pelos durante este período.

À minha orientadora, Professora Karen Cecília de Lima Torres, que me auxiliou ao longo de toda a trajetória com muita paciência, competência, carinho e respeito, sempre me incentivando a não desistir, apesar dos vários obstáculos enfrentados.

Ao meu coorientador Rodrigo Ribeiro dos Santos, que auxiliou no direcionamento do trabalho sempre de forma pertinente e competente.

À UNIFENAS, na pessoa de sua Reitora, Dra. Maria do Rosário Araújo Velano, e à Fundação de Ensino e Tecnologia de Alfenas, na pessoa de sua Presidente, Dra. Larissa Araújo Velano.

Aos profissionais médicos participantes desta pesquisa, pela disponibilidade e colaboração ao terem compartilhado seus conhecimentos e opiniões; proporcionando este consenso.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu,
mas pensar o que ninguém ainda pensou
sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

RESUMO

O envelhecimento populacional no Brasil tem sido um atual e grande desafio para o ensino médico e os serviços de saúde. Este rápido processo de transição demográfica e epidemiológica pode não estar sendo acompanhado por uma estrutura adequada de formação médica no que diz respeito ao atendimento adequado à população idosa. A dificuldade para encontrar fontes robustas para nortear a estruturação do conteúdo curricular das escolas médicas evidenciou ser relevante e importante a elaboração de um consenso sobre as competências necessárias em saúde do idoso para adaptação às alterações acarretadas pela modificação do perfil de adoecimento populacional. O objetivo foi contribuir com o avanço na educação médica em saúde do idoso, estabelecendo um consenso sobre as competências mínimas necessárias ao egresso do curso de graduação em Medicina. Foi realizada uma abordagem exploratória quali-quantitativa em formato eletrônico, baseada no inquérito *Delphi*, por meio de escala de Likert, com a participação de 22 especialistas, criteriosamente selecionados, entre as áreas: Clínica Médica, Medicina de Família e Comunidade e Geriatria, tomando como base o documento a Matriz de Competências da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), documento referente ao primeiro ano de Residência Médica em Geriatria, envolvendo temas sobre propedêutica, terapêutica, legislação, comunicação e peculiaridades do envelhecimento. Com uma rodada de respostas foi obtido, entre os tópicos abordados, um nível de concordância superior a 80%. Alguns desses tópicos não sofreram alterações, outros apresentaram grandes modificações por adequação da hierarquia de verbos estratificando as proposições em único verbo de comando e por meio da incorporação das sugestões dos participantes. As competências sobre saúde do idoso, presentes no documento-base utilizado para estabelecimento de consenso, foram identificadas, em sua quase totalidade, como importantes de serem abordadas durante a graduação médica, reafirmando a importância da elaboração de um consenso das competências necessárias ao egresso para atuar como médico generalista na atenção à saúde do idoso, e colaborando para que as matrizes curriculares da graduação médica tenham a possibilidade de serem embasadas em documentos bem estruturados.

Palavras-chave: educação médica; geriatria; saúde idoso; técnica Delfos¹.

1- O vocabulário estruturado e trilíngue DecS – Descritores em Ciência da Saúde utiliza a terminologia Delfos, mas optou-se por utilizar *Delphi* por ser a forma apresentada em todos os artigos que embasaram a pesquisa.

ABSTRACT

The rapid aging of Brazilian population has become a significant and ongoing challenge for medical education and healthcare services. This accelerated demographic and epidemiological transition may not have been matched by an adequate and updated medical education to ensure proper care for the elderly population. The challenge of finding robust sources to guide the structuring of medical school curricula attests the relevance and importance of developing a consensus on the essential skills needed for elderly healthcare, in response to changes in the population's health profile. The main objective was to contribute to advances in medical education on healthy aging by establishing a consensus on the minimum skills necessary for medical graduates. For this purpose, an exploratory qualitative-quantitative approach was carried out in electronic format, based on the Delphi survey, using a Likert scale, with the participation of 22 experts, carefully selected, from the areas: Internal Medicine, Family and Community Medicine and Geriatrics, based on the Competence Matrix of the Brazilian Society of Geriatrics and Gerontology (SBGG), a document referring to the first year of Medical Residency in Geriatrics, involving topics on clinical training, therapeutics, legislation, communication, and the peculiarities of aging. After a round of responses, a lever of agreement of over 80% was obtained across the topics covered. Some propositions remained unchanged, while others underwent significant revisions due to adjustments in the verb hierarchy, stratifying the prepositions into a single command verb, and incorporating the participants' suggestions. The competencies related to elderly healthcare, present in the base document used to establish consensus, were identified, almost in their entirety, as important to be addressed during medical education, reaffirming the importance of developing a consensus on the necessary competencies for graduates to work as generalist physicians in elderly healthcare, and contributes to ensuring that medical school curricula are grounded in well-structured documents.

Keywords: medical education; geriatrics; elderly health; Delphi technique.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Envelhecimento da população idosa (60 anos e +) no Brasil 2000-2100.....	16
Quadro 1	- Principais Políticas Públicas em relação ao envelhecimento	18
Quadro 2	- Conteúdo curricular em saúde do idoso nas escolas médicas mineiras.....	22
Figura 2	- Modelo dos 3 círculos ou Dundee Outcome Model (DOM).....	27
Figura 3	- Etapas da implementação do inquérito.....	34
Quadro 3	- Modificações apresentadas na proposição 8 do inquérito.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Critérios pré-estabelecidos para recrutamento de participantes.....	33
Tabela 2	- Características dos participantes que responderam ao inquérito.....	39
Tabela 3	- Área de atuação dos respondentes do inquérito	40
Tabela 4	- Especialização ou treinamento em saúde do idoso durante a Graduação.	40
Tabela 5	- Competências e concordâncias após a primeira rodada do inquérito.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS

ACLS	Suporte Avançado de Vida em Cardiologia
AVD's	Atividades de Vida Diária
AIVD's	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ATLS	Suporte de Vida Avançado ao Trauma
APC	Atividades Profissionais Confiáveis
BH	Belo Horizonte
CFM	Conselho Federal de Medicina
CRM	Conselho Regional de Medicina
CTEG	Comissão de Título de Especialista em Geriatria
DecS	Descritores em Ciência da Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNM	Diretrizes Curriculares Nacionais em Medicina
DOM	Dundee Outcome Model
EMBC	Educação Médica Baseada em Competências
EPA	Entrustrable Professional Activities
FADIP	Faculdade de Ipatinga
FAME	Faculdade de Medicina de Barbacena
FAMINAS	Faculdade de Minas
FASEH	Faculdade da Saúde e Ecologia Humana
FCMMG	Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
FELUMA	Fundação Educacional Lucas Machado
FMIT	Faculdade de Medicina de Itajubá
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNORTE	Faculdades Integradas do Norte de Minas Gerais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
IMEPAC	Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos
IMES	Instituto Militar de Estudos Superiores
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde

MFC	Medicina de Família e Comunidade
MOC	Montes Claros
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHTLS	Suporte Pré-Hospitalar de Vida no Trauma
PL	Projeto de Lei
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SBCM	Sociedade Brasileira de Clínica Médica
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEMG	Universidade do Estado de Minas Gerais
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFLA	Universidade Federal de Lavras
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFOP	Universidade Federal de Ouro Preto
UFV	Universidade Federal de Viçosa
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UFVJM	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e de Mucuri
UIT	Universidade de Itaúna
UNIATENAS	Centro Universitário Atenas (Grupo Atenas)
UniBH	Centro Universitário de Belo Horizonte
UNEC	Centro Universitário de Caratinga
UNIFACIG	Centro Universitário da Faculdade de Ciências Gerais
UNIFACOG	Centro Universitário Governador Ozanam Coelho
UNIFAL	Universidade Federal de Alfenas
UNIFENAS	Universidade de Alfenas (José do Rosário Vellano)
UNIFIP	Centro Universitário das Faculdades Integradas de Patos

UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros
UNIPAC	Universidade Presidente Antônio Carlos
UNIPAM	Centro Universitário de Patos de Minas
UNIPTAN	Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves
UNIVÉRTIX	Faculdade Vértice
UNIFAMINAS	Centro Universitário da Faculdade de Minas
UNIUBE	Universidade de Uberaba
UNIVAS	Universidade do Vale do Sapucaí
UNIVAÇO	Universidade do Vale do Aço
UNIVALE	Universidade do Vale do Rio Doce

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	O envelhecimento populacional: Transição demográfica-epidemiológica.....	16
1.2	Diretrizes PÚblicas Legais na Atenção à Saúde do Idoso	17
1.3	Desafio educacional	19
1.4	Ensino em Saúde do Idoso no Brasil	21
1.5	Curriculum baseado em competências	26
2	JUSTIFICATIVA	29
3	OBJETIVOS	30
3.1	Objetivo geral.....	30
3.2	Objetivo específico.....	30
4	MATERIAIS E MÉTODOS	31
4.1	Desenho do Estudo	31
4.1.1	Documento base	31
4.1.2	Método Delphi	31
4.1.3	Etapas pré-teste	32
4.2	Participantes	33
4.3	Critérios de inclusão	33
4.4	Critérios de exclusão	34
4.5	Amostra, amostragem e recrutamento.....	34
4.6	Coleta de dados.....	34
4.7	Análise de dados	37
5	ASPECTOS ÉTICOS.....	38
6	RESULTADOS.....	39
6.1	Caracterização da amostra de participantes	39
6.2	Análise e considerações sobre as proposições.....	41
6.3	Análise dos dados da primeira rodada do Inquérito para obtenção de consenso.....	43
6.3.1	Comentários obtidos no inquérito para as competências em saúde do idoso...	46
7	DISCUSSÃO	53
8	CONCLUSÃO	61

REFERÊNCIAS	62
APÊNDICES.....	67
ANEXOS	141

1 INTRODUÇÃO

A rapidez do crescimento da população idosa no Brasil levanta uma importante questão relacionada à capacidade de adaptação da sociedade a esta nova realidade. Antigamente, os principais problemas de saúde pública estavam concentrados na infância, e os profissionais necessitavam estar devidamente preparados para o combate à mortalidade infantil. Portanto, o currículo médico, na ocasião, era mais voltado para a pediatria e a medicina preventiva. As prioridades da saúde pública mudaram e continuarão em modificação, uma vez que a população brasileira vem envelhecendo rapidamente, de modo que esse percentual de idosos ainda aumentará nas próximas décadas. Essa transição demográfica implica a necessidade de profissionais de saúde preparados adequadamente para cuidar da saúde do idoso. Nesse sentido, o egresso necessita estar apto a oferecer atenção médica em todas as etapas do ciclo de vida: nascimento, infância, adolescência, fase adulta, envelhecimento e morte.

A velhice é a fase final do ciclo de vida do ser humano, uma fase ampla e com diversas peculiaridades, com importantes modificações biológicas, psicológicas e sociais que requerem atenção diferenciada. O rápido processo de envelhecimento populacional pode não estar sendo acompanhado por uma estrutura adequada de formação médica para atendimento de qualidade a este segmento populacional. Uma avaliação sintética de matrizes curriculares de instituições de ensino médico em Minas Gerais (Brasil) evidenciou a impressão de heterogeneidade e baixa inserção de conteúdos em envelhecimento. Além disso, a grande dificuldade em encontrar fontes bem estruturadas para nortear os projetos pedagógicos sugeriu a possibilidade de escassez destes documentos.

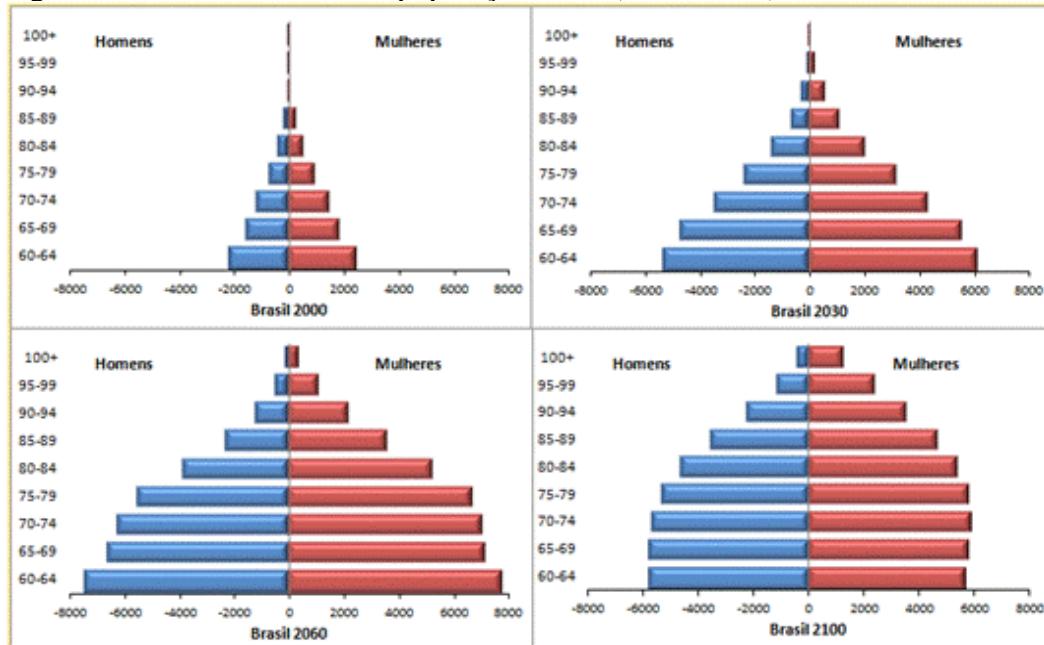
Nesse sentido, houve indícios da necessidade de uma adaptação dos currículos médicos para adequação às alterações acarretadas pela modificação do perfil de adoecimento da população idosa. Assim, a necessidade de documentos que auxiliem a estruturação adequada das matrizes curriculares das escolas médicas, no que diz respeito à saúde do idoso, mostrou-se algo importante e fundamental, bem como a necessidade de elaboração destes documentos-fonte de forma criteriosa e com rigor científico (Cunha; Cunha; Barbosa, 2016).

1.1 O envelhecimento populacional: transição demográfica-epidemiológica

O Brasil é um dos países com alta velocidade de envelhecimento, apresentando transformação da estrutura etária em decorrência do aumento da proporção de idosos e da diminuição da proporção de jovens em curto espaço de tempo. Além disso, a expectativa de vida mostra-se em progressão nas últimas décadas, com aumento de 45,5 anos em 1940 para 76,6 anos em 2019, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Durante mais de 500 anos, o País apresentou uma estrutura etária com predomínio absoluto de jovens, o que foi se modificando no decorrer do século XXI. No ano 2010, havia 48,1 milhões de jovens de 0 a 14 anos e 20,9 milhões de idosos com 60 anos e mais. De acordo com as novas projeções do IBGE (revisão 2018), o número de idosos deverá ultrapassar o de jovens em 2031, quando haverá 42,3 milhões de jovens (0-14 anos) e 43,3 milhões de idosos (60 anos e mais) (FIG. 1). Em 2050, para cada 100 crianças de 0 a 14 anos haverá cerca de 173 idosos. O Brasil, antes um país jovem, vem se transformando em um país de idosos e, a partir de 2030, será um país com uma estrutura cada dia mais envelhecida (Lima-Costa, 2018; Alves, 2018).

Figura 1 – Envelhecimento da população idosa (60 anos e +) no Brasil: 2000-2100



Fonte: United Nations, 2013.

Especificamente, o número de idosos com 80 anos ou mais vem aumentando de forma significativa e merece destaque. Esse maior número de pessoas idosas na população causa um aumento do número de condições clínicas crônicas, ligadas ao envelhecimento, que, por sua

complexidade, requerem maior demanda do sistema de saúde e previdenciário, particularmente devido à substituição das doenças agudas pelas doenças crônicas não transmissíveis, em sua maioria degenerativas, cursando com grande comprometimento funcional e aumento de incapacidades (Firmo; Lima-Costa; Barreto, 2003; Veras, 2009; Camarano, 2014; Galera; Costa; Gabriele, 2017).

As modificações observadas na estrutura da população aumentam a necessidade de atenção às doenças específicas do envelhecimento e a demanda por serviços de saúde especializados. Segundo Crisp e Chen (2014), a quantidade de profissionais da área de saúde encontra-se em número insuficiente e com desorganização em sua distribuição. No entanto, as alterações na estrutura etária populacional são evidentes, inevitáveis e irreversíveis. Esse rápido envelhecimento populacional causa uma necessidade premente de formação e capacitação de profissionais, especialistas ou não, para o adequado atendimento da população idosa, pressionando a reorganização dos modelos assistenciais. Em suma, o Brasil vem evoluindo para um cenário complexo e oneroso, composto por enfermidades de curso prolongado, de alto custo e alta complexidade. Em decorrência desse fato, destaca-se outro grande desafio: a busca de fonte de recursos para suprir essa crescente necessidade (Veras, 2003; Lima-Costa; Veras, 2003; Laan; Leunissen; Van Herwaarden, 2010).

1.2 Diretrizes Públícas Legais na Atenção à Saúde do Idoso

Uma grande conquista do século XX, a longevidade se transformou no desafio das Políticas Públícas de saúde do século XXI. O direito à saúde no Brasil, com características de universalidade e integralidade, começou a ser considerado de grande importância na Constituição de 1988, quando foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1988). Nessa época, duas leis foram muito relevantes: 1) a Lei Orgânica nº 8.080/90, que visava garantir acesso universal e igualitário a serviços de saúde, com ações de promoção, proteção e reabilitação, requerendo uma atenção integral à saúde; 2) a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que visava garantir a participação comunitária no gerenciamento do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990). Neste mesmo período, o Brasil se organizava para atender às crescentes necessidades do envelhecimento de sua população por meio de outras leis apresentadas no quadro a seguir (QUADRO 1).

Quadro 1 – Principais Políticas Públicas em relação ao envelhecimento

Política Nacional do Idoso – Lei nº 8.842/1994	<p>-É a primeira política a dar importância à perda da funcionalidade, considerando a perda de autonomia e independência um grande problema a afetar a qualidade de vida do idoso.</p> <p>-Considera como idoso qualquer indivíduo com idade acima de 60 anos.</p> <p>-Tem o objetivo de promover autonomia, participação e integração efetiva na sociedade.</p> <p>-Preconiza o direito à saúde em todos os níveis de atendimento do SUS.</p> <p>-Sugere a inclusão da Geriatria e a Gerontologia como disciplinas nos currículos dos cursos de educação superior, com inserção, na Graduação e na Pós-Graduação, de conteúdos referentes à saúde do idoso.</p>
Estatuto do Idoso Lei n° 10.741/2003	<p>-Amplia as responsabilidades do Estado e da Sociedade em relação à atenção à saúde da pessoa idosa, especificando o papel do SUS na garantia da integralidade das ações, em todos os níveis, porém não menciona quais seriam os recursos para implementação das medidas necessárias.</p> <p>-Tem grande importância na detecção de idosos e famílias em situação de fragilidade e em situação de vulnerabilidade social, juntamente com a Estratégia de Saúde da Família.</p>
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), criada por meio da Portaria nº 2.528/2006	<p>-Objetiva a recuperação, a manutenção e a promoção da funcionalidade em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, com um conceito de saúde no envelhecimento mais embasado na autonomia e independência do que na presença ou ausência de doenças orgânicas.</p> <p>-Preconiza abordagem ampla, integral e integrada da saúde do idoso, estruturada em formato de linha de cuidados, com foco no paciente, considerando direitos, necessidades, preferências e habilidades.</p> <p>-Reforça a necessidade de estabelecimento de fluxos de atendimento, facilitando o acesso a todos os níveis de atenção.</p> <p>-Solicita inclusão de disciplinas com temas relativos ao processo de envelhecimento nos currículos escolares, com readaptação destes, bem como das metodologias de ensino, e requer a criação de material didático específico, valorizando medidas de promoção e prevenção de saúde.</p> <p>-Solicita criação de Centros de Geriatria e Gerontologia nas universidades para capacitação de equipes interdisciplinares para assistência à pessoa idosa, oferecendo qualificação contínua.</p> <p>-Solicita criação de programas de ensino abertos para a terceira idade nas instituições de Ensino Superior.</p>
Diretrizes do Pacto pela Saúde	<p>-Coloca a Saúde do Idoso em destaque, como a primeira de seis grandes prioridades do Pacto pela Vida.</p>

contemplando três dimensões: a Vida, a Defesa do SUS e a Gestão Portaria nº 399/2006	<ul style="list-style-type: none"> -Preconiza a formação e educação continuada dos profissionais do SUS em saúde da pessoa idosa. -Cria a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa. -Cria Programa de Educação Continuada à Distância oferecido pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), para profissionais da atenção básica, com conteúdo específico em processo de envelhecimento humano.
---	---

Fonte: Brasil, 1994; 2003; 2006a; 2006b;

Os setores e as instituições governamentais envolvidos com a saúde do idoso foram responsáveis pela criação de leis efetivas, porém a implantação e as modificações necessárias para que elas se cumpram têm sido muito lentas, contrastando com a rapidez da mudança do perfil etário da população. A legislação brasileira encontra-se avançada em suas leis em relação à saúde da população idosa, no entanto, a implementação prática destas leis tem sido algo ainda desejado e desafiador, principalmente quando a pessoa idosa não apresenta um envelhecimento bem-sucedido e necessita de uma linha ampla de cuidados, pois apresenta limitações à capacidade funcional e ao bem-estar (Galera; Costa; Gabrielli, 2017).

1.3 Desafio educacional

De acordo com Costa (2010) e Galera (2011), a falta de profissionais capacitados se agrava pelo fato de um paciente idoso exigir atenção diferenciada, com necessidade de um modelo assistencial mais amplo, visando ao bem-estar biopsicossocial. Esses autores consideraram, em seus estudos, o quantitativo de profissionais capacitados deficiente, situação agravada por questões burocráticas que dificultam o processo de capacitação e pelo conceito inadequado de que essa fração da população não exige uma abordagem diferenciada.

Considera-se desejável que os currículos das escolas de Medicina possam contemplar um conteúdo mínimo para garantir aos egressos a aquisição de competências específicas na área do envelhecimento. A adequada formação durante a Graduação é amplamente reconhecida por sua importância, a fim de que todos os egressos consigam realizar, com qualidade e eficiência, o atendimento a idosos. Essa necessidade premente levanta a preocupação de ocasionar capacitações não consistentes, podendo resultar em profissionais na área de saúde do idoso com baixa qualificação (Galera 2011; Masud *et al.*, 2014).

Em relação à saúde do idoso, o foco não é a doença, mas uma abordagem sindrômica, com causas multivariadas em um mesmo paciente, acrescido ao fato — não menos importante — de que a funcionalidade necessita ser o pilar central. As condições clínicas clássicas dos idosos são reconhecidas como as “Grandes Síndromes Geriátricas (os 5 I’s)”: Instabilidade postural, Imobilidade, Incapacidade cognitiva, Incontinência esfincteriana e Iatrogenia. Posteriormente, alguns autores propuseram a inclusão de outros itens nesse cenário: Insuficiência familiar e Incapacidade comunicativa. Essas condições clínicas clássicas estão diretamente relacionadas à perda de funcionalidade, impactando a qualidade de vida dos indivíduos idosos, sugerindo também que o modelo de consulta, no caso da população idosa, necessita de adaptações. (Moraes; Marino; Santos, 2010).

A análise da saúde do idoso por meio de síndromes geriátricas permite inferir algumas mudanças, encaradas como desafios educacionais, na elaboração de um currículo que contemple as particularidades deste último estágio do ciclo da vida humana — a velhice. Conhecimentos e habilidades específicos, necessários ao atendimento ao idoso, têm sido considerados importantes em diversos estudos. De acordo com eles, o profissional necessita de alguns atributos e atitudes distintos, dentre eles, boa capacidade de comunicação com pacientes e cuidadores, sejam eles familiares ou não, e bom preparo técnico e emocional para atuar em situações de finitude, sempre mantendo a confidencialidade e obediência aos preceitos éticos e legais. Portanto, o desenvolvimento de um currículo aprimorado em saúde do idoso precisa contemplar todas essas questões para possibilitar nortear, de forma eficaz, a graduação médica (Costa, 2010; Cano, 2005; Motta; Aguiar, 2007).

A formação e a capacitação de equipes multidisciplinares para atendimento adequado da população idosa têm sido um desafio na área de educação médica, principalmente nos países subdesenvolvidos, inclusive o Brasil, devido à demanda crescente deste segmento da população pelo sistema de saúde tanto público quanto privado (Costa; Porto; Soares, 2003; Costa, 2010). Keller *et al.* (2002) lembraram também da necessidade de boa capacitação docente em conteúdos referentes ao envelhecimento, principalmente nos países em desenvolvimento, para atuar na formação dos egressos. Essas capacitações deveriam estar voltadas para a promoção da autonomia e independência do idoso, por meio de uma abordagem diferenciada, interdisciplinar, global e multidimensional, com estímulos ao autocuidado, bem como considerando todos os determinantes que podem influenciar a saúde do idoso, tais como fatores

físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Em se tratando de suporte social, Martins *et al.* (2007) extrapolam a saúde do idoso, objetivando também a prevenção e a detecção precoce dos níveis de cansaço e estresse dos cuidadores, tanto profissionais quanto familiares.

1.4 Ensino em saúde do idoso no Brasil

A formação em nível de Graduação em Geriatria no Brasil só teve seu início após o final da década de 1970, quando foi fundado no Rio Grande do Sul o primeiro departamento de Geriatria em uma universidade, seguido de um segundo departamento, em 1978, desta vez em São Paulo. Desde então, a formação em nível de Graduação em Geriatria se expandiu para outros estados brasileiros, como Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia e Paraná, mas ainda de forma bastante insuficiente (Garcez-Leme; Leme; Espino, 2005).

Cunha, Cunha e Barbosa (2016) atentaram para uma grande necessidade de as universidades ofertarem unidades curriculares em saúde do idoso para adequação ao rápido envelhecimento populacional no Brasil. Por meio de dados apresentados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), foi identificada, no ano de 2013, a existência de escolas médicas que introduziram cursos relacionados à Geriatria, saúde do idoso ou envelhecimento em seus currículos como disciplinas obrigatórias ou optativas dentre 180 cursos de Medicina existentes no Brasil em fevereiro de 2013, credenciados pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC). Na época, menos da metade dos cursos (41,1%) contava com temas sobre o envelhecimento no currículo da Graduação (Conselho Federal De Medicina, 2016).

De acordo com o *site* Escolas Médicas Brasileiras, no ano de 2021 existiam, no Brasil, 350 escolas de Ensino Superior, sendo 31 delas na Região Norte, 35 na Região Centro-Oeste, 61 na Região Sul, 80 na Região Nordeste e 145 na Região Sudeste, sendo 69 destas em São Paulo, que hoje é o estado com maior número absoluto de faculdades de Medicina, seguido por Minas Gerais, com 48 instituições de Ensino Superior nessa área. Pela representatividade da Região Sudeste, foi realizada uma avaliação restrita e sumária da presença desse conteúdo em instituições mineiras que disponibilizam *on-line* suas matrizes curriculares (QUADRO 2). Conseguiu-se detectar a presença de conteúdo obrigatório relativo à saúde do idoso em 26 instituições; 2 não possuíam o conteúdo como obrigatório, mas como optativo. Em relação a

internatos, houve evidência de 2 referentes à saúde do idoso. No quadro a seguir, o nome das escolas foi substituído por números, por não ser possível afirmar a veracidade dos dados obtidos por meios digitais sem um contato formal com cada uma das instituições.

Quadro 2 – Conteúdo curricular em saúde do idoso nas escolas médicas mineiras

Instituição de Ensino Superior MG	Saúde do Idoso na Matriz Curricular		Optativa	(Continua) Internato
	Sim	Não		
1		X		
2		X		
3		X		
4	X 60hT 20hP			
5		X		
6		X		
7	X Junto à saúde do adulto			
8		X		
9	X Junto a ciclos de vida			Junto à Saúde Mental
10		X		80hT 400hP
11		X		
12	X 45hT			
13		X		
14	X 80h T			
15		X		
16		X		
17	X Junto à saúde do adulto			
18		X		Saúde do Idoso
19	X Junto à saúde do adulto			
20		X		

Quadro 2 - Conteúdo curricular em saúde do idoso nas escolas médicas mineiras
(continuação)

21	X		
	Junto à saúde do adulto		
22	X		
23	X		
24	X		
25	X		
26		X	
27		X	
28	X		
	Junto à saúde do adulto		
29			
30	X		
31		X	
32	X		
	45hT		
33	X		
34		X	
35		X	
36		X	
37	X		
	36hT 72hP		
38		X	X
39		X	
40	X		
	10T 20P		
41	X		
	32hT		
42	X		
	64hT		
43			
44	X		
	Puberdade, adulto e idoso.		
45		X	
46	X		
47	X		
	156hT 36hP		
48		X	

Legenda: T: teóricas / P: práticas

Fonte: www.escolasmaticas.com.br

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) específicas para o curso de Medicina, publicadas em 2001 e atualizadas em 2014, consideravam como bom profissional o egresso com perfil generalista, humanista, crítico, provido de competências gerais e específicas, abrangentes a todas as áreas, bem como com capacidade de exercer com qualidade a prática médica nas

diversas fases do “ciclo de vida”. Nas DCN, em seu capítulo III, que versa sobre conteúdos curriculares e projeto pedagógico, no inciso V do artigo 23, é descrito que os conteúdos fundamentais necessitam contemplar o “diagnóstico, prognóstico e terapêutica nas patologias que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo de vida”, assim como, no inciso VI do mesmo artigo, a “promoção de saúde, bem como a compreensão das fases do ciclo biológico da vida humana”, destacando-se entre elas o envelhecimento e a morte. As DCN salientam também a importância da atuação em equipe interdisciplinar e a inserção precoce dos graduandos na rede de serviços de saúde; porém, em nenhum momento citam tópicos ou maneiras para definir um conteúdo curricular direcionado para formar o egresso com as características especificadas (Brasil, 2001; 2014).

Na busca de conteúdo curricular na área do envelhecimento, tem destaque na literatura uma documentação referente ao Revalida (Revalidação de diplomas de medicina obtidos fora do Brasil), denominada Matriz de Correspondência Curricular para Fins de Revalidação de Diplomas de Médico Obtidos no Exterior, de responsabilidade dos Ministérios da Educação e da Saúde, que considerava competências, em conteúdo mínimo, na área de Geriatria para revalidação do diploma no Brasil (BRASIL, 2009a).

Em relação à Saúde do idoso no currículo médico, foi encontrada uma tramitação no Congresso Nacional de um projeto de lei (PL nº 6.363/2009) que se referia à inclusão obrigatória do ensino de Geriatria nos cursos de Medicina, tanto públicos quanto privados, com uma exigência de carga horária superior a 120 horas, com o objetivo de permitir que a grande maioria dos estudantes estivessem aptos a atender idosos depois de graduados. Esse projeto de lei apresentava alguns princípios básicos para o atendimento aos idosos, que deveriam ser de conhecimento ampliado ao generalista, e não exclusivo dos especialistas em Geriatria. O projeto era considerado um avanço, no entanto, não estabelecia seus conteúdos mínimos, o que poderia gerar diferenças importantes, com falta de uniformidade no currículo dos cursos de Medicina do País. Esse Projeto de Lei foi aprovado pela Comissão de Seguridade Social e Família por unanimidade, reformulado e aprovado pela Comissão de Educação e Cultura em 2012, porém rejeitado pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania em 2014, com alegação de inconstitucionalidade por afetar a autonomia didático-científica das universidades (Brasil, 2009b).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), em 2012, por meio de uma Comissão, elaborou as Diretrizes sobre Conteúdo de Disciplinas e/ou Módulos Relacionados ao Envelhecimento (Geriatria e Gerontologia) para os Cursos de Medicina (ANEXO B), definindo competências e um conteúdo curricular mínimo para a Graduação Médica. Essa proposta foi elaborada e apresentada, discutida e aprovada no Fórum de Ensino em Geriatria e Gerontologia realizado no XIX Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, no dia 2 de maio de 2014, na cidade de Belém, no Pará, e foi publicada no Órgão Oficial da SBGG (Galera *et al.*, 2014).

Os programas *stricto sensu*, Mestrado e Doutorado, de especialização em Geriatria e Gerontologia tiveram início somente na década de 90, porém, até 2014, somente 10 dos 312 programas eram exclusivos para a formação médica, sendo considerados, portanto, em número inferior ao necessário. Essa deficiência favorece a proliferação de cursos de Pós-Graduação *lato sensu* que em 2014 já somavam 68 cursos, segundo informações fornecidas no Fórum de Ensino em Geriatria e Gerontologia, por Anita Liberalesso Neri, durante o XIX Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, em Belém (PA), em abril de 2014 (Galera; Costa; Gabriele, 2017).

A Residência Médica tem sido considerada padrão-ouro na formação dos profissionais na área da Geriatria e Gerontologia dentre todos os tipos de especialização, no entanto, o número de vagas ainda é considerado insuficiente, reforçando a necessidade de egressos bem formados para um bom atendimento ao idoso, de modo a evitar demanda excessiva para a especialidade. Segundo dados do MEC, em 2015 eram disponibilizadas 135 vagas por ano nos programas de Residência Médica com duração mínima de dois anos e carga horária de 2.880 horas/ano, contando com treinamento prático, supervisão docente e pré-requisito de 2 anos de Residência em Clínica Médica (Brasil; Batista, 2015).

Em 2010, a SBGG, por meio de uma Comissão, realizou a elaboração das Diretrizes para a Residência Médica em Geriatria, visando à padronização do conteúdo mínimo necessário para a formação de especialistas na área de saúde do idoso. Ao todo eram 51 recomendações para os dois anos de Residência Médica (ANEXO A). Em 2019, essa mesma sociedade, por meio da formação de outra comissão, agora responsável pelo conteúdo mínimo para a Prova de Título de Especialista em Geriatria, gerou um documento denominado Matriz de Competências para a Especialidade de Geriatria. Sua criação tem como objetivo realizar a comprovação da

capacidade dos médicos para realização de tratamento adequado, incluindo ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, levando em consideração as peculiaridades do processo saúde-doença no envelhecimento e suas múltiplas dimensões; no entanto, o conteúdo teórico deste documento não foi encontrado (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2011; 2019).

1.5 Currículo baseado em competências

O ensino médico baseado em competências proporciona ao discente a mobilização de conhecimentos adquiridos, habilidades e atitudes para lidar com problemas da vida real, compreendendo as necessidades de saúde da população. A certificação por competências reconhece a capacidade do profissional para atuar na área médica com base em padrões ou critérios pré-definidos. A avaliação do estudante precisa abranger as habilidades cognitivas, psicomotoras, afetivas e toda a variedade de atributos que compõem uma boa formação pessoal e profissional, portanto deve englobar a capacidade de relacionamento, a avaliação reflexiva do desempenho e a necessidade de educação permanente. A base da formação médica, durante a graduação, deve garantir o desenvolvimento de competências importantes para atender com qualidade as necessidades de saúde da população (Gontijo *et al.*, 2013).

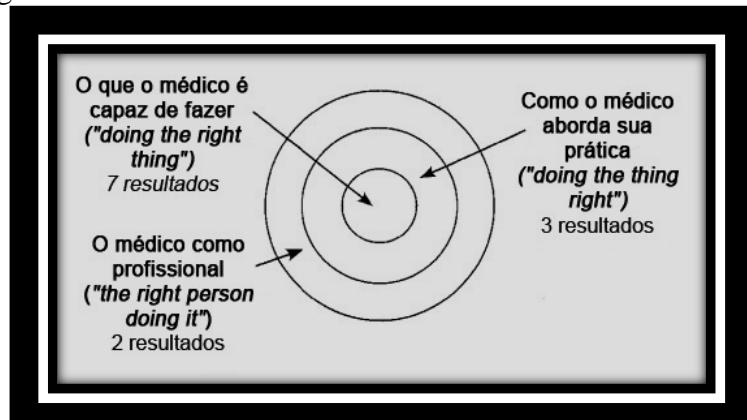
Alguns dos principais autores que se dedicam à temática do ensino baseado em competências, serão citados a seguir, de modo bastante sucinto, começando por Ten Cate (2019), cujo estudo indica que, no século XX, muitos países ocidentais passaram a realizar uma regulação sobre a profissão médica devido a uma preocupação crescente com os potenciais danos da incompetência na prática profissional. Essa forma de regulação deu início ao conceito de competências bem como à necessidade de definição de objetivos educacionais na Educação Superior. A educação baseada em competências e resultados se converteu em um princípio norteador para os educadores médicos, sendo adotada em diferentes países no final do século XX e princípio do século XXI. Esse modelo tem sido utilizado para estruturar e avaliar o ensino da profissão médica.

Albanese *et al.* (2008) consideraram as competências do médico como um crescente foco em todos os níveis da educação médica. Em artigo publicado na época, eles definiram competência por meio de comportamentos mensuráveis: conhecimento, habilidades, atitudes e qualidades pessoais essenciais para o exercício da medicina e propuseram que a competência deveria ter

as cinco características a seguir: foco no objetivo da instrução ou no desempenho para atingir o desfecho esperado (produto final), capacidade de aplicação do aprendizado na instrução imediata, comportamento mensurável, padrão para julgamento independente do desempenho de outros aprendizes e, por fim, informação aos avaliados sobre o que seria esperado deles.

Harden *et al.* (1999) apresentaram um estudo sobre educação baseada em resultados, no qual descreveram um modelo de três círculos (FIG. 2) para a classificação dos resultados de aprendizagem: o círculo interno representa o que o médico é capaz de fazer (“*doing the right thing*”), o círculo do meio representa a forma como o médico aborda sua prática (“*doing the thing right*”) e o círculo externo representa o desenvolvimento de atributos pessoais do indivíduo, ou seja, o médico como profissional (“*the right person doing it*”). O modelo, também chamado de Dundee Outcome Model (DOM), considera que o desempenho é sustentado por uma série de habilidades cognitivas e comportamentais, portanto, bastante útil no planejamento curricular.

Figura 2 – Modelo dos 3 círculos ou Dundee Outcome Model (DOM)



Fonte: Adaptada de Harden *et al.*, 1999.

A Educação Médica Baseada em Competências (EMBC) foi adotada em diferentes países no final do século XX e princípio do século XXI, e tem se tornado uma forma de padronização da formação médica, estruturada em relação às competências que todo egresso deveria apresentar após o término da Graduação (Pagliosa; Da Ros, 2010; Ten Cate, 2019).

De acordo com Gontijo *et al.* (2013) para nortear o ensino médico foi criado um consenso coletivo denominado Matriz de Competências, com o objetivo de detalhar o conteúdo imprescindível ao egresso da Graduação em Medicina. Uma Matriz de Competências deveria

ser ampla, composta por itens relativos ao conhecimento médico, ao profissionalismo; à capacidade de relacionamento interpessoal, às habilidades de comunicação, levando sempre em consideração a abordagem de forma integral à saúde do indivíduo; à aplicação do conhecimento e à organização dos sistemas de atenção à saúde, sempre visando à qualidade no atendimento.

O conhecimento na área de saúde do idoso exigido do profissional médico basicamente foi resumido de acordo com Gordon e Hubbard (2017), com necessidade de divisão em três níveis de competências: as competências básicas exigidas a todos os médicos graduados; competências com nível um pouco mais elevado para os profissionais que atendem idosos frágeis na sua prática diária; e competências de alto nível requeridas para os médicos especialistas em Geriatria.

Apesar das vantagens do Ensino Médico Baseado em Competências, inúmeras preocupações e desafios para sua implementação são descritas, incluindo: requisitos administrativos aumentados; falta de modelos estruturais que contenham planos de aprendizagem individuais e flexíveis; necessidade de maior preparo do corpo docente, bem como inconsistências em termos e definições. Ainda, existem preocupações sobre a falta de consenso em como as competências são definidas, desenvolvidas, implementadas e avaliadas (Hawkins *et al.*, 2015).

2 JUSTIFICATIVA

As Diretrizes Curriculares Nacionais referentes aos Cursos de Graduação em Medicina (DCNM) apontam a necessidade de capacitação do egresso para atendimento em todas as fases do ciclo de vida, inclusive no envelhecimento e morte. Esse fato ganha especial importância devido à mudança da estrutura populacional e epidemiológica no Brasil, fazendo com que a saúde do idoso seja uma preocupação real e atual, tanto para a saúde pública quanto para a saúde suplementar.

Existem indícios de uma lacuna entre os conteúdos pertinentes à boa prática em saúde do idoso, nos currículos da graduação. Essa percepção de que os cursos de Graduação em Medicina possuem conteúdos heterogêneos, podendo ser deficientes nesse contexto, apontam para a necessidade de inclusão de objetivos de aprendizagem estruturados sobre a saúde do idoso, como ciclo de vida, considerando suas devidas peculiaridades. O ideal seria que os currículos da Graduação voltados ao atendimento do idoso na atenção básica não fossem baseados em empirismo, pois esse fato poderia levar à formação de egressos com dificuldade ou incapacidade de prestar um atendimento adequado a esta parcela da população.

Portanto, a elaboração de um consenso sobre conteúdo mínimo em saúde do idoso para egressos médicos, realizado por um grupo de profissionais criteriosamente selecionados, interessados na temática e formado não somente por docentes ou especialistas, dentre eles, geriatras, mas também por profissionais da atenção básica, poderá auxiliar a orientação e uniformização dos conteúdos curriculares nas escolas de Medicina. Este trabalho tem a intenção de contribuir nesse processo, almejando auxiliar para uma formação básica consistente em saúde do idoso que poderá, a longo prazo, amparar o favorecimento de maior competência profissional, resolutividade e racionalização de custos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Contribuir com o avanço em educação médica na área de saúde do idoso, estabelecendo um consenso sobre as competências mínimas necessárias ao egresso do curso de Graduação em Medicina.

3.2 Objetivo específico

- Identificar, por meio de consenso, as competências na área de saúde do idoso que os médicos devem adquirir durante a formação na Graduação.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Estudo de abordagem exploratória qualiquantitativa para análise da saúde do idoso no currículo médico e obtenção de um consenso, por meio de um estudo transversal baseado no método *Delphi*, sobre as competências mínimas necessárias ao egresso, na área do envelhecimento.

4.1.1 Documento-base

Para a identificação de um documento fonte a fim de elaborar o questionário pré-teste, foi realizada revisão de literatura com busca de artigos, monografias e dissertações disponibilizados *on-line* em bases de dados (*Medline/Pubmed, Lilacs/Bireme, Scielo, Eric e Scopus*), utilizando termos selecionados pelo *Decs* (educação médica, geriatria, saúde do idoso, consenso, técnica Delfos, educação da graduação em medicina e educação baseada em competências) e termos selecionados pelo *Mesh* (*medical education, geriatrics, elderly, consensus, Delphi Techniques, undergraduate medical education e competency based education*). Também foi realizada uma análise em currículos de algumas escolas médicas brasileiras, disponibilizados *on-line*, no documento das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Medicina (DCNM), nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, sobre conteúdo de disciplinas/módulos relacionados ao envelhecimento (Geriatria e Gerontologia) nos cursos de Medicina (ANEXO B), na Matriz de Correspondência Curricular para Fins de Revalidação de Diplomas de Médico Obtido no Exterior, na Matriz de Competências para a Especialidade de Geriatria elaborada por meio da Comissão de Título de Especialista em Geriatria e nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) para a Residência Médica em Geriatria (ANEXO A), que foi o documento-base para a elaboração do questionário utilizado.

4.1.2 O Método Delphi

O método *Delphi* surgiu em 1948, em uma corporação dos Estados Unidos denominada Rand Corporation, com inspiração no mais importante centro religioso construído na Grécia Antiga, o Oráculo de Delfos, que durante milhares de anos foi considerado fonte de conselhos para

respostas a questões importantes da vida de gregos e romanos que buscavam orientações para o futuro. O método foi criado com o objetivo de desenvolver uma técnica para aprimorar o uso da opinião de especialistas de maneira sistemática para resultados úteis, sendo utilizado atualmente, também, em formato eletrônico. É considerado uma poderosa técnica de investigação, que permite reunir um conjunto de opiniões de especialistas de áreas geográficas distintas, levando a resultados densos sobre temáticas complexas e abrangentes. O método leva em consideração que um único especialista pode estar equivocado quanto ao futuro, porém o compilado das opiniões de vários especialistas, de alguma forma, se aproxima mais do ideal, formando um consenso.

Em um grupo *Delphi*, o mais importante é o equilíbrio das participações, e não o número de participantes, representado pela miríade de pontos de vista, *expertises* e interesses no contexto. Um número de 15 a 30 participantes é considerado suficiente na literatura, com capacidade de gerar informações com relevância científica, ainda que grupos maiores também possam ser utilizados (Giovinazzo, 2001; Villiers M.; Villiers P.; Kent, 2005; Diamond *et al.*, 2014; Linstone; Turoff, 2015; Bloor *et al.*, 2015). A elaboração desse consenso foi realizada com base no método *Delphi*, particularmente útil quando a análise das competências necessárias abrange temática ampla e área territorial vasta — uma vez que não origina despesas diretamente relacionadas com as viagens dos especialistas, apenas custos das comunicações —, e tem sido muito utilizado em programas relacionados com questões de saúde pública e educação (Adler; Ziglio, 1996; Stitt-Gohdes; Crews, 2004).

4.1.3 Etapas pré-teste

A partir do documento-base escolhido, foi feita minuciosa análise de cada uma das competências estabelecidas. Algumas delas foram desmembradas em uma organização hierárquica de objetivos educacionais, com um só verbo de comando, baseado em conceitos da Taxonomia de Bloom (Ferraz; Belhot, 2010). Este desmembramento visou auxiliar na identificação do nível esperado de aquisição de cada competência, com o objetivo de facilitar o planejamento do processo ensino-aprendizagem. As proposições no questionário pré-teste foram acrescidas de tópicos, quando necessário, para melhor caracterização dos temas propostos, tais como condições médicas mais comuns, modificações morfológicas mais prevalentes e principais escalas de rastreio, tomando como referência o Tratado de Geriatria e

Gerontologia (Freitas; Py, 2016). O método para obtenção do consenso foi utilizado em formato eletrônico, por *e-mail* enviado aos participantes (Giovinazzo, 2001; Loures, 2002). Manteve-se os preceitos básicos do método escolhido para embasamento, dentre eles a escolha criteriosa do painel de especialistas, a preservação do anonimato dos participantes, a representação estatística dos resultados e o *feedback* aos respondentes para reavaliação das opiniões em caso de divergências, exceto o número de rodadas de respostas (Black, 2009).

4.2 Participantes

A escolha dos participantes foi realizada levando em consideração as características apresentadas na TAB. 1, com a perspectiva de contemplar um número de profissionais entre 15 e 30 participantes com uma média almejada de 7 participantes de cada área.

Tabela 1 – Critérios pré-estabelecidos para recrutamento de participantes

Critérios	Grupos de participantes
Tempo de experiência (anos de formado)	Maior (> 10) Médio (entre 5 e 10) Menor (<5)
Perfil profissional	Acadêmico Acadêmico/assistencial Assistencial
Tipo de assistência	Privada Pública
Nível de assistência	Primária Secundária
Experiência docente	Sim Não

Fonte: próprio autor, 2020

4.3 Critérios de inclusão

- Concordar em participar da pesquisa;
- Ser médico devidamente registrados no Conselho Regional de Medicina (CRM);
- Ter título de especialidade médica, devidamente reconhecido pelas sociedades de classe, em Geriatria, Medicina de Família e Comunidade ou outras áreas clínicas correlatas.
- Ter notoriedade reconhecida pela equipe da pesquisa.

4.4 Critérios de exclusão

- Não responder à carta-convite dentro do prazo estipulado;
- Não responder a todas as rodadas do inquérito.

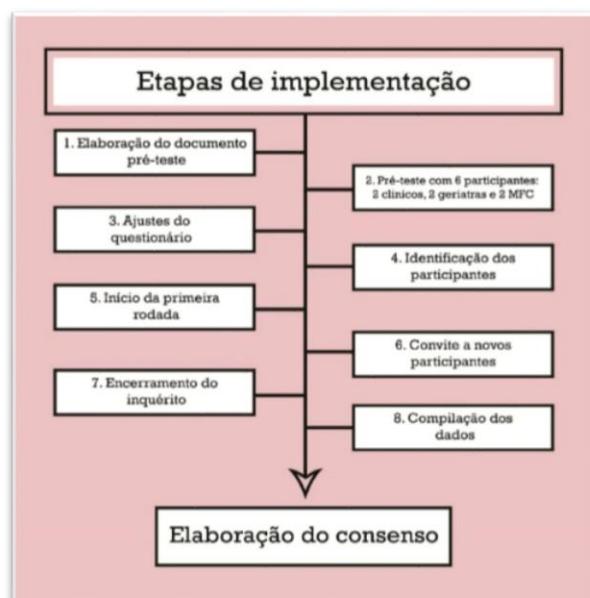
4.5 Amostra, amostragem e recrutamento

A amostra selecionada, do tipo não probabilística, foi definida por notório saber, interesse pelo tema e acessibilidade, realizada por conveniência, dentro do território nacional, por meio de contatos interpessoais, selecionada a partir de listas de profissionais titulados da SBGG, SBMFC e SBCM, pertencentes às redes de atenção primária e secundária à saúde, dentre eles, alguns docentes de escolas de Medicina e preceptores de residência em Geriatria. Os respondentes foram contactados por via telefônica e, posteriormente, recrutados via *e-mail*, por meio de uma carta-convite, direcionando o profissional ao questionário do inquérito.

4.6 Coleta de dados

A implementação do método de consenso com base na técnica *Delphi* se deu basicamente em 8 etapas, conforme a FIG. 3 demonstrada a seguir.

Figura 3 – Etapas de implementação do inquérito



Legenda: MFC (Médico de Família e Comunidade).

Fonte: próprio autor, 2021

Etapa 1: Para a elaboração do questionário pré-teste (APÊNDICE A), abordando competências em Geriatria pertinentes à prática clínica dos egressos da Graduação em Medicina, foi utilizada a plataforma o Google Forms. Os tópicos foram apresentados para concordância ou não, com espaço subsequente para comentários, de forma a permitir aos especialistas maior liberdade em expressar suas opiniões para que as proposições pudessem ser modificadas ou acrescidas de alguma informação sugerida.

Etapa 2: Realizou-se um pré-teste por meio de envio de questionário *on-line* para 6 profissionais, 2 de cada especialidade (Geriatria, Medicina de Família e Comunidade e Clínica Médica), sendo escolhido, dentro de cada uma dessas especialidades, um participante com perfil mais acadêmico e outro com perfil mais assistencial. O objetivo do pré-teste foi avaliar a aplicabilidade do questionário, o tempo médio de preenchimento, a presença ou ausência de dificuldade de compreensão, a clareza e a objetividade dos itens e o recebimento de observações para a otimização do questionário do inquérito (APÊNDICE B).

Etapa 3: A reestruturação do pré-teste foi realizada a partir das respostas e observações dos 6 participantes, gerando a elaboração do questionário do inquérito para a primeira rodada.

Etapa 4: A identificação dos participantes convidados para o inquérito atendeu a critérios pré-estabelecidos para recrutamento como: tempo de experiência profissional (anos de formado), perfil profissional (variando entre mais acadêmico e/ou mais assistencial), nível de assistência (atenção primária ou secundária) e campo de atuação (pública ou privada), conforme TAB. 1 apresentada na seção “Participantes”.

Etapa 5: Realizou-se o convite para participação no inquérito, previamente e de forma individual, por meio de mensagem eletrônica ou contato telefônico aos participantes selecionados, confirmando o interesse em colaborar com a pesquisa. Nesta etapa foram recrutados 15 participantes, sendo 5 especialistas de cada uma das áreas Medicina de Família e Comunidade, Clínica Médica e Geriatria; em seguida foi realizado o envio da carta-convite para participação na pesquisa, com termo de aceite seguido do acesso ao questionário da primeira rodada.

Etapa 6: Nesta etapa de recebimento das respostas do questionário na primeira rodada a partir da amostra inicial, houve baixo índice de respostas: mesmo com a concordância prévia de todos para a participação, 2 em cada 5 convidados de cada área não retornaram suas respostas após 30 dias de espera. Foram, então, recrutados novos participantes com características semelhantes aos não respondentes inicialmente escolhidos, com o objetivo de não haver discrepância na característica da amostra previamente selecionada, porém o número de convidados foi ampliado para 10 de cada especialidade, com o objetivo de encerrar o recebimento de respostas ao atingir um número de 7 participantes de cada uma das 3 especialidades.

Etapa 7: Realizou-se o encerramento da coleta de respostas do inquérito quando foi alcançado o objetivo de um número de respondentes de 7 especialistas de cada uma das 3 áreas. Porém, na área de Geriatria houve recebimento de 2 últimas respostas quase simultâneas, antecedendo o encerramento do recebimento dos questionários, e optou-se por manter, nesta especialidade, os 8 participantes, devido à *expertise* dos dois últimos respondentes e por ser um deles oriundo de uma região de atuação mais distante, garantindo maior heterogeneidade da amostra, totalizando 22 respondentes.

Etapa 8: Realizou-se a análise quantitativa e qualitativa das respostas individuais, com levantamento da tendência geral e das divergências, bem como suas justificativas, para compilação dos dados, utilizando como critério o nível de concordância de 75%. Nesta etapa foi elaborado um sumário estatístico da primeira rodada, sistematizado em forma de um relatório para ser enviado ao grupo como forma de *feedback* aos participantes, bem como oferecendo nova oportunidade de discordância das opiniões; porém não houve retorno de novas considerações.

Elaboração do relatório final: O processo foi finalizado com a escrita das modificações geradas, passo a passo, no documento utilizado como base, para o consenso propriamente dito, reformulando os tópicos de acordo com as opiniões dos especialistas respondentes, considerando as observações realizadas e sugestões de novos tópicos para integrar o documento com as competências mínimas necessárias para o egresso de Medicina na área de saúde do idoso, como será demonstrado no capítulo “Resultados”.

4.7 Análise de dados

Com base na escala de valoração tipo Likert sugerida por Grisham (2009), que vai de 1 (discordância máxima) a 6 (concordância máxima), utilizou-se neste trabalho a análise de *clusters* (agrupamentos) — ou seja, o critério de exclusão da proposição quando a convergência das respostas nos números 1 e 2 fosse igual ou maior que 75%, e de inclusão da proposição quando a convergência das respostas nos números 5 e 6 fosse igual ou superior a 75% —, determinando que as proposições que não atingissem esse critério seriam reelaboradas, levando em consideração os comentários e as respostas dos especialistas, e retornariam para avaliação em uma segunda rodada. Esse valor de convergência de 75% para inclusão ou exclusão das proposições e dos tópicos foi estabelecido segundo Black (2009). Os comentários elaborados sobre as competências foram lidos, compilados e analisados um a um, bem como os resultados obtidos na primeira rodada, sempre observando as tendências das respostas. Esses dados serão abordados no capítulo “Resultados”.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento desta pesquisa, os princípios da bioética foram respeitados, em concordância com a resolução 510/2016 do Ministério da Saúde, dispensando o TCLE por abordar opiniões de especialistas, atentando para a autonomia dos convidados, por meio da necessidade de concordância em participar da pesquisa após leitura dos termos expostos na carta-convite para acesso ao formulário, sempre visando à ética, à confidencialidade, ao respeito e à não-maleficência.

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização da amostra de participantes

O inquérito foi realizado com 22 respondentes (73% dos convidados iniciais) — 7 especialistas de Medicina de Família e Comunidade, 7 de Clínica Médica e 8 de Geriatria —, sendo 10 do sexo feminino e 12 do sexo masculino, com idade variando de 27 a 82 anos, 20 participantes atuando no estado de Minas Gerais — 9 em São João del Rey, 2 em Juiz de Fora, 7 em Belo Horizonte, 1 em Conselheiro Lafayete e 1 em Brumadinho —, 1 atuando em Goiás, na cidade de Rio Verde, e 1 atuando no Rio Grande do Sul, na cidade de Novo Hamburgo.

As principais características dos participantes foram organizadas em tabela (TAB. 2) para melhor visualização da amostra de respondentes.

Tabela 2 – Características dos participantes que responderam o inquérito

Participantes	Sexo	Ano nascimento	Título Especialista	Anos de formado	Atividade docente
1	Masculino	1964	Geriatria	>10	Sim
2	Masculino	1960	Geriatria e Cardiologia	>10	Sim
3	Masculino	1983	Geriatria e Nutrologia	>10	Sim
4	Feminino	1979	Geriatria e Clínica Médica	>10	Sim
5	Feminino	1978	Geriatria	>10	Sim
6	Masculino	1956	Geriatria	>10	Não
7	Feminino	1976	Geriatria	>10	Não
8	Feminino	1976	Geriatria e Clínica Médica	>10	Não
9	Masculino	1938	Medicina Tropical	>10	Sim
10	Masculino	1964	Clínica Médica e Medicina Intensiva	>10	Sim
11	Masculino	1964	Clínica Médica e Nefrologia	>10	Sim
12	Feminino	1985	Endocrinologia	> 6 e < 10	Sim
13	Masculino	1988	Neurologia	> 6 e < 10	Sim
14	Masculino	1984	Cardiologia	>10	Não
15	Feminino	1981	Clínica Médica	>10	Não
16	Masculino	1959	MFC	>10	Sim
17	Masculino	1976	MFC e Economia/Gestão em Saúde	>10	Sim
18	Feminino	1978	MFC	>10	Sim
19	Feminino	1983	MFC	>10	Sim
20	Masculino	1983	MFC	> 6 e < 10	Sim
21	Feminino	1988	MFC	> 1 e < 5	Não
22	Feminino	1993	MFC	> 1 e < 5	Não

Legenda: MFC (Medicina de Família e Comunidade).

Fonte: próprio autor, 2020

Dentre os especialistas participantes, 10 (45,5%) afirmaram prestar serviços em atenção pública primária, 5 (22,7%), em atenção suplementar em Clínica Médica ou Medicina de Família e Comunidade, 6 (27,3%), em atenção suplementar em Geriatria e somente 1 (4,5%), em atenção pública em Geriatria. Dentre os 8 especialistas em Geriatria, 5 atuavam na área da docência; quanto aos integrantes da Medicina de Família e Comunidade e da Clínica Médica, dos 7 participantes, somente 2 de cada especialidade não exerciam atividade docente (TAB. 3).

Tabela 3 – Área de atuação dos respondentes do inquérito

Tipo de Atenção	Área de atuação	N
Pública Primária	Clínica Médica ou Medicina de Família e Comunidade	10 (45,5%)
	Geriatria	1 (4,5%)
Suplementar	Clínica Médica ou Medicina de Família e Comunidade	5 (22,7%)
	Geriatria	6 (27,3%)

Fonte: próprio autor 2020

A maioria, representada por 17 participantes (77,3%), apresentava mais de 10 anos de graduação em Medicina, 3 (13,6%) apresentavam entre 6 e 10 anos, e 2 (9,1%) apresentavam entre 1 e 5 anos, sendo que nenhum tinha menos de 1 ano de formado. Em relação à atividade docente, 15 profissionais (68,2%) afirmaram atuar como docentes.

Em relação à especialidade, 8 respondentes (36,4%) afirmaram ter tido alguma especialização ou treinamento em Geriatria durante a Graduação em Medicina (TAB. 4). Dentre os 22 participantes, 36,4% afirmaram ter Título de Especialista em Geriatria, 86,4% afirmaram ter Título de Especialista em outras áreas — 45% Clínica médica, 35% Medicina de Família e Comunidade e 20% Outros: Cardiologia, Medicina Intensiva, Endocrinologia e Metabologia, Nutrologia, Medicina Tropical, Nefrologia, Neurologia e Economia e Gestão em Saúde.

Tabela 4 – Especialização ou treinamento em saúde do idoso durante a Graduação

Treinamento em Geriatria	Número de respondentes (%)
Nenhum	2 (9,1%)
Durante a graduação em Medicina	8 (36,4%)
Após a graduação	16 (72,7%)

Fonte: próprio autor, 2020

6.2 Análise e considerações sobre as proposições

Algumas proposições foram reestruturadas durante a execução da metodologia aplicada. Para ilustrar o que foi feito com cada uma das competências, será mostrado a seguir (QUADRO 3) o tratamento realizado com a proposição 8. Esta foi escolhida como exemplo pelo fato de ter apresentado grandes modificações no decorrer do processo.

Quadro 3 – Modificações apresentadas na proposição 8 do inquérito

(Continua)

Competência nº 9 atribuída ao Residente nas Diretrizes da SBGG

- Compreender a importância da Avaliação Geriátrica Ampla/Avaliação Geriátrica Global na avaliação multidimensional do idoso e ter habilidade e destreza para sua realização e no manejo dos principais instrumentos e escalas utilizados.

Após adequação hierárquica dos verbos

- Compreender a importância da Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.
- Ter habilidade e destreza para realização da Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.
- Ter habilidade e destreza no manejo dos principais instrumentos e escalas utilizados na Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.

Após o pré-teste

- Compreender a importância da Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.
- Ter habilidade para realização da Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.
- Ter habilidade no manejo dos instrumentos e escalas mais utilizados na Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso

OBS: foram acrescentados os tópicos a seguir para maior clareza da proposição.

Em relação aos instrumentos e escalas mais utilizados no rastreio da incapacidade funcional do idoso, o egresso deve ter habilidade em utilizar ao terminar o curso de Graduação:

- Escala de Katz: escala de independência para atividades básicas de vida diária.
- Escala de Lawton: escala de atividades instrumentais da vida diária.
- Mini-Cog: avaliação de funções cognitivas
- Avaliação funcional breve
- Miniexame do estado mental (MEEM)
- Teste do desenho do relógio MoCA: Montreal Cognitive Assessment
- Teste de fluência verbal
- CES-D: escala de depressão do Center for Epidemiological Studies
- **GDS-15: escala de depressão geriátrica**
- **Questionário de atividades funcionais de Pfeffer**
- **Caregiver abuse screen (CASE): Rastreio de violência doméstica**
- **Zarit Burden Interview: escala para avaliação de sobrecarga do cuidador**
- **MAN: Miniavaliação nutricional**
- **POMA: Performance-oriented mobility assessment**

Quadro 3 – Modificações apresentadas na proposição 8 do inquérito
(conclusão)

Após o inquérito	Concordância
• Compreender a importância da Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.	86,4%
• Ter habilidade para realização da Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.	86,4%
• Ter habilidade no manejo dos instrumentos e escalas mais utilizados na Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.	90,9%

Em relação aos instrumentos e escalas mais utilizados no rastreio da incapacidade funcional do idoso o egresso necessita ter habilidade em utilizar ao terminar o curso de Graduação:

- Escala de Katz: escala de independência para atividades básicas de vida diária. 90,9%
- Miniexame do estado mental (MEEM) 86,4%

Tópicos com menos de 75% de concordância

- Escala de Lawton: escala de atividades instrumentais da vida diária
- GDS-15: escala de depressão geriátrica 72,7%
- Avaliação funcional breve 68,2%
- Teste do desenho do relógio 63,3%
- MAN: Mini avaliação nutricional 63,3%
- Mini-Cog: avaliação de funções cognitivas 59,1%
- **Zarit Burden Interview**: escala para avaliação de sobrecarga do cuidador 54,5%
- **Caregiver abuse screen** (CASE): Rastreio de violência doméstica 45,5%
- Questionário de atividades funcionais de Pfeffer 40,9%
- CES-D: escala de depressão do Center for Epidemiological Studies 36,4%
- MoCA: Montreal Cognitive Assessment 13,6%
- Teste de fluência verbal 13,6%
- POMA: Performance-oriented mobility assessment 11,0%
- 9,1%

Testes sugeridos para inclusão:

- Reconhecimento da medida de força (dinamômetro ou teste da cadeira)
- Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional (IVCF-20)
- **Time get up and go**
- Teste do Relógio
- Lista de palavras do Cerdar
- Teste de Reconhecimento de Figuras
- **Clinical Dementia Rating** (CDR)

Fonte: próprio autor, 2021

Este procedimento, exemplificado pela proposição 8, foi realizado para todas as competências que estão disponibilizadas no APÊNDICE C.

6.3 Análise dos dados da primeira rodada do inquérito para obtenção de consenso

Todos os participantes tiveram como instrução avaliar as competências geriátricas, abordadas nas proposições do questionário, elaborado após o pré-teste, considerando a escala de valoração 1 (máxima discordância que a competência analisada seja necessária ao egresso da Graduação em Medicina na área de saúde do idoso) a 6 (máxima concordância que a competência analisada seja necessária ao egresso da Graduação em Medicina na área de saúde do idoso). Dos participantes, 80% consideraram o questionário de fácil preenchimento, os outros 20% o classificaram como cansativo.

Na primeira rodada, o consenso foi alcançado em todas as proposições, conforme apresentadas na TAB. 5.

Tabela 5 – Competências e concordâncias após a primeira rodada do inquérito

(Continua)

Itens	Resultado da primeira rodada do Inquérito				
	Nível de Concordância (%)			Consenso	
	Baixo (1 e 2)	Médio (3 e 4)	Alto (5 e 6)	Sim	Não
1) Compreender o processo de envelhecimento populacional que ocorre no Brasil e no mundo (transição demográfica e epidemiológica), suas causas e consequências, bem como a importância das informações em saúde como recurso de planejamento da Atenção à Saúde do Idoso.	0%	4,5%	95,5%	X	
2) Conhecer a evolução histórica da Política Social do Idoso no Brasil, e as Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidados para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa.	0%	18,2%	81,8%	X	
2.1) Reconhecer os pontos-chave da legislação que impactam as decisões do dia a dia do médico (21 respostas).	0%	9,5%	90,5%	X	
2.2) Compreender a estrutura de funcionamento da Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa, de modo a auxiliar o idoso a vivenciar a sua plena cidadania por meio do exercício dos direitos e deveres estabelecidos.	0%	18,2%	81,8%	X	

3) Reconhecer as modificações morofuncionais mais prevalentes decorrentes do processo de envelhecimento (senescência).	0%	4,5%	95,5%	X
--	----	------	--------------	---

Tabela 5 – Competências e concordâncias após a primeira rodada do inquérito
(Continuação)

Itens	Resultado da primeira rodada do inquérito			Consenso	
	Nível de Concordância (%)			Sim	Não
	Baixo (1 e 2)	Médio (3 e 4)	Alto (5 e 6)		
3.1) Correlacionar o reconhecimento destas alterações morofuncionais com a dificuldade de avaliação do indivíduo idoso (senescência X senilidade).	0%	4,5%	95,5%	X	
4) Reconhecer a influência das condições sociais, psicológicas e culturais sobre o estado de saúde dos idosos.	0%	0%	100%	X	
5) Comunicar de forma adequada com o paciente idoso, com empatia, confiança, uso de reforço positivo, humor, cortesia, também usando linguagem corporal (sorriso, contato visual), respeitando as limitações sensoriais e cognitivas e evitando terminologia médica, falta de sinceridade, atitudes autoritárias, mudança repentina de assunto e hostilidade.	0%	4,5%	95,5%	X	
6) Ter habilidade na realização da anamnese e do exame físico do paciente idoso, reconhecendo as suas peculiaridades.	0%	0%	100%	X	
7) Reconhecer as grandes Síndromes Geriátricas (“Gigantes da Geriatria”): insuficiência cognitiva, imobilidade, instabilidade postural e quedas, incontinência, iatrogenia.	0%	4,5%	95,5%	X	
8) Reconhecer a importância da Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.	4,5%	9,1%	86,4%	X	
8.1) Ter habilidade e destreza para realização da Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.	9,1%	4,5%	86,4%	X	
8.2) Ter habilidade e destreza no manejo dos instrumentos e escalas mais relevantes utilizados na Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.	9,1%	0%	90,9%	X	
9) Reconhecer as peculiaridades da apresentação das doenças mais prevalentes no idoso, bem como as manifestações atípicas dos agravos à saúde nessa população.	0%	0%	100%	X	
10) Manejar (dentro de seus limites pedindo ajuda sempre que necessário) pacientes portadores de múltiplas afecções, considerando as possíveis interações entre elas.	0%	0%	100%	X	

10.1) Manejar (dentro dos seus limites, pedindo ajuda sempre que necessário) pacientes portadores de múltiplas afecções, considerando o risco e benefício de cada procedimento e/ou tratamento.	0%	0%	100%	X
11) Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas em idosos.	4,5%	0%	95,5%	X
11.1) Ser capaz de realizar o rastreamento em idosos de doenças crônicas cujo diagnóstico precoce, comprovadamente, gere benefício real ao paciente.	0%	0%	100%	X

Tabela 5 – Competências e concordâncias após a primeira rodada do inquérito
(continuação)

Itens	Nível de Concordância (%)			Consenso	
	Baixo (1 e 2)	Médio (3 e 4)	Alto (5 e 6)	Sim	Não
12) Realizar atendimento inicial e transportar com segurança pacientes idosos nas principais situações de urgência e emergência, bem como pacientes em estado crítico para os serviços de urgência.	4,5%	13,6%	81,8%	X	
13) Em relação à sarcopenia e fragilidade, o egresso deverá identificar o idoso sarcopênico, frágil ou em risco de fragilidade.	0%	4,5%	95,5%	X	
13.1) Em relação à sarcopenia e fragilidade, o egresso deverá programar medidas para sua prevenção.	0%	4,5%	95,5%	X	
13.2) Em relação à sarcopenia e fragilidade, o egresso deverá saber quando referenciar o paciente para medidas de tratamento e reabilitação (21 respostas).	4,8%	4,8%	90,5%	X	
14) Atuar em equipe interdisciplinar e reconhecer a importância da assistência multidimensional no cuidado do idoso.	0%	0%	100%	X	
15) Identificar pacientes que requerem rede de cuidado de longo prazo na atenção ao idoso como: Centro-dia, Hospital-dia, Internamento domiciliar, Cuidadores de idosos e Instituições de Longa Permanência para Idosos, e estar familiarizado com as opções.	0%	0%	100%	X	
16) Identificar os fatores de risco que predispõem a institucionalização de idosos (ex.: falta de atividade física, dificuldade de marcha, demência, sequela de AVC, medicamentos) e elaborar estratégias de prevenção.	0%	4,5%	95,5%	X	
17) Compreender a importância da saúde baseada em evidências e sua utilização na prática clínica, bem como suas limitações de aplicação junto à população idosa.	0%	0%	100%	X	
18) Reconhecer e intervir em condutas antiéticas e/ou ilegais referentes ao atendimento do idoso identificando situações de risco e advogando para o paciente dentro de suas limitações.	4,5%	4,5%	90,9%	X	
19) Identificar sinais de maus-tratos e violência contra a pessoa idosa.	0%	0%	100%	X	

19.1) Notificar as autoridades e órgãos competentes maus-tratos contra a pessoa idosa (utilizar a ficha de notificação/investigação individual: violência doméstica/sexual e outras violências).	4,5%	4,5%	90,9%	X
19.2) Manejar clinicamente os efeitos da violência contra a pessoa idosa dentro de suas limitações.	0%	0%	100%	X
20) Conhecer e aplicar na prática clínica os conceitos de capacidade intrínseca (recursos físicos e mentais) e de capacidade funcional.	0%	9,1%	90,9%	X
21) Reconhecer as medicações gerais potencialmente inapropriadas para o idoso.	4,5%	0%	95,5%	X

Tabela 5 – Competências e concordâncias após a primeira rodada do inquérito (conclusão)

Itens	Nível de Concordância (%)			Consenso	
	Baixo (1 e 2)	Médio (3 e 4)	Alto (5 e 6)	Sim	Não
21.1) Reconhecer as contraindicações relativas e absolutas de medicamentos de uso prevalente no idoso e as peculiaridades da farmacocinética e farmacodinâmica das drogas que afetem a prescrição para uso no idoso.	0%	0%	100%	X	
22) Atuar na segurança do paciente idoso, entendendo que vão errar, por mais que eles evitem, e que analisar os erros os tornam melhores médicos e honram aqueles que sofreram suas consequências, e não somente entender o erro como algo inaceitável que deve ser punido.	0%	9,1%	90,9%	X	
23) Reconhecer as barreiras socioeconômicas comuns que afetam o atendimento ao idoso.	4,5%	0%	95,5%	X	
24) Identificar os riscos potenciais de hospitalização em idosos e implementar estratégias de prevenção, dentro das limitações do médico, do sistema, do idoso e de sua família.	0%	4,5%	95,5%	X	
25) Abordar adequadamente os principais problemas relacionados à hospitalização de idosos.	0%	0%	100%	X	

Fonte: Adaptada da Matriz de Competências da Residência em Geriatria (SBGG).

As proposições sofreram modificações em decorrência das considerações sugeridas pelos respondentes, resultando na obtenção de novas proposições para estabelecimento dos tópicos do consenso disponibilizado no APÊNDICE D.

6.3.1 Comentários obtidos no inquérito para as competências em saúde do idoso

A proposição 1, sobre “Envelhecimento populacional”, não apresentou alterações, porém, dentre os comentários, um participante salientou que, independentemente da área de atuação de escolha do egresso, é muito provável que ele tenha um número significativo de pacientes

idosos, e que este público apresenta alta demanda dos serviços de saúde, sendo assim, conhecer essas demandas torna-se essencial para um bom atendimento para esta fração da população, bem como para o planejamento dos recursos.

A proposição 2, sobre “Política Social do Idoso no Brasil e legislação, incluindo o Estatuto do Idoso, cidadania, direitos e deveres”, teve como modificação principal o termo “conhecer toda” a legislação vigente, sendo trocado por “reconhecer os pontos-chave” da legislação vigente, bem como acrescentados os “pontos-chave” que impactam as decisões do dia a dia do médico. Destes, atingiram consenso: Tomadas de decisão em pacientes com declínio cognitivo (95,5%); Violência contra o idoso (86,4%) e Diretivas antecipadas da vontade (77,3%). Obtiveram concordância < 75%: Ortotanásia/distanásia (72,7%); Reanimação cardiopulmonar (50%) e Uso de nutrição parenteral (40,9%). Foram sugeridos para inclusão: Iatrogenia/Prevenção quaternária (detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo); Cuidados paliativos (que acaba englobando o tema descartado: ortotanásia/distanásia) e Legislação sobre cuidadores de idosos (familiares ou não). Um dos participantes salientou que o médico deve estar sempre atento às questões sociais de seus pacientes, atuando, modestamente, como agente de transformação social, sem ser responsabilizado por tudo, para não se perder em meio ao excesso de funções, pois precisa resolver/administrar os problemas médicos de seus pacientes. Consideraram, no entanto, que o essencial é reconhecer quando ele não pode deixar de atuar (como no caso de violência, por exemplo).

Em relação à proposição 3, “Principais modificações morfolfuncionais no envelhecimento”, foi sugerido trocar os verbos “conhecer e identificar” por “reconhecer” e o termo “principais” por “mais prevalentes”, bem como delimitar os tópicos. Dentre eles obtiveram consenso: Composição corporal — diminuição da água intracelular e aumento de gordura corporal — (95,5%); Alterações cardiovasculares (95,5%); Sarcopenia — redução de massa muscular, fraqueza muscular — (95,5%); Alterações de marcha, postura e equilíbrio (95,5%); Alterações de memória (90,9%); Alterações do sistema nervoso central (90,9%); Alterações cognitivas e comportamentais (90,9%); Distúrbios do sono (81,8%); Diminuição de glândulas sudoríparas — dificuldade de termorregulação — (77,3%) e Alterações do sistema urinário — redução de função renal — (77,3%). Obtiveram concordância < 75%: Alterações do sistema digestório (72,7%); Alterações do sistema endócrino (72,7%); Alterações do sistema respiratório (68,2%); Pele seca e espessada, menos elástica, propensa a câncer de pele (68,2%); Alterações do sistema

hematopoético (59,1%) e Flacidez de pálpebras, ptose senil (54,5%). Ainda, foi sugerido para inclusão: Alterações na visão/audição. Um dos participantes considerou de fundamental importância o reconhecimento dessas alterações morfofuncionais, necessitando diferenciar bem os conceitos de senescência e senilidade.

A proposição 4 da Matriz de Competências, “Reconhecer as peculiaridades da farmacocinética e farmacodinâmica das drogas que ocorrem no idoso e sua aplicação”, passou a ser explorada como subitem do tópico 21 do consenso (sobre as medicações potencialmente inapropriadas para o idoso), portanto, daqui em diante a numeração das proposições do consenso não coincidem com a numeração da Matriz de Competências atribuídas ao residente pela SBGG.

A proposição 4 do consenso, “Reconhecer a influência das condições sociais, psicológicas e culturais sobre o estado de saúde dos idosos”, foi acrescida de condições ambientais, religiosas e familiares. Em relação à proposição 5 do consenso, “Aplicar as técnicas de comunicação verbal e não verbal junto ao paciente idoso”, houve necessidade de especificar sobre o que se considera uma comunicação adequada e sobre a necessidade de englobar a comunicação com o familiar ou cuidador, em caso de limitações sensoriais e cognitivas do paciente.

A proposição 6 do consenso, “Conhecer as peculiaridades da anamnese e do exame físico do paciente idoso e ter habilidades na realização dos mesmos”, teve interferência do verbo de comando para definir melhor o nível de competência esperado do estudante de medicina. Assim, o verbo “conhecer” foi modificado para “reconhecer”, bem como foi considerado importante acrescentar “estado clínico-funcional”.

Em relação à proposição 7 do consenso, “Compreender as grandes Síndromes Geriátricas (“Gigantes da Geriatria”): insuficiência cognitiva, imobilidade, instabilidade postural e quedas, incontinência, iatrogenia, suas causas e consequências”, foi trocado o verbo “compreender” por “reconhecer”, bem como foi acrescentado incapacidade comunicativa e insuficiência familiar. Houve considerações sobre a importância de reconhecer todas, com suas causas e consequências, abordando as mais simples e referenciando ao especialista as mais complexas.

A proposição 8, descrita anteriormente no passo a passo do QUADRO 3, foi acrescida dos “principais” instrumentos e escalas utilizados na Avaliação Geriátrica Ampla para melhor

definição das competências que deveriam ser atribuídas ao ensino médico na Graduação. O termo “principais” foi substituído por “mais utilizados”, e o termo “destreza” foi retirado por ter sido considerado algo a ser adquirido no exercício da profissão.

Em relação à proposição 9 do consenso, “Peculiaridades da apresentação de doenças”, foi solicitada a troca do termo “mais comuns” por “mais prevalentes”, bem como foi acrescido das referidas “condições médicas”. Dentre elas obtiveram consenso: Doença vascular cerebral e acidente vascular cerebral (95,5%); Depressão (95,5%); Quedas e distúrbios do movimento (90,9%); Dor crônica (86,4%); Demência e Delirium (86,4%), Desnutrição e sarcopenia (86,4%); Doenças cardiovasculares (incluindo ICC e HAS) (86,4%); Incontinências urinária e fecal (86,4%); Maus-tratos: físico, psicológico, financeiro e sexual (86,4%); Audição e distúrbios da visão (81,8%); Distúrbio hidroeletrolítico (77,3%) e Osteoporose (77,3%). Obtiveram concordância < 75%: Úlceras de pressão (72,7%); DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica)/pneumonia (72,7%); Diabetes (68,2%) e Insuficiência renal (68,2%). Os temas sugeridos para inclusão foram: Distúrbios do sono, Iatrogenia e polifarmácia, Bacteriúria assintomática, Instabilidades posturais e quedas, Constipação intestinal e Disfagia/pneumonia aspirativa. Um dos participantes salientou que o importante não é “conhecer”, mas, principalmente, “reconhecer” urgências e emergências médicas.

A proposição 10, “Manejar pacientes portadores de múltiplas afecções, considerando as possíveis interações entre elas, bem como, o risco e benefício de cada procedimento e/ou tratamento”, levantou a importância do trabalho em uma equipe multidisciplinar e a necessidade de referência ao especialista, quando necessário, respeitando sempre as próprias limitações. Um dos participantes considerou o termo “manejar” muito complexo e sugeriu que fosse modificado para “manejar dentro dos seus limites”.

Em relação à proposição 11 do consenso, “Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas e realizar o rastreamento destas doenças em idosos”, ficou evidente a importância de realizar rastreamento de doenças cujo diagnóstico precoce curse com real benefício ao paciente, sempre considerando a funcionalidade, e de identificar fatores de risco para o desenvolvimento de patologias com alta taxa de complicações. Um dos participantes se referiu à importância da teoria da “compressão da morbidade”, que se refere ao processo pelo qual tenta-se postergar o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis e

suas complicações para o mais próximo possível do final da vida do indivíduo, de modo que cada vez mais a sociedade tenha ganhos na expectativa de vida de forma saudável.

No que diz respeito à proposição 12 do consenso, “Manejar pacientes idosos nas principais situações de urgência e emergência, bem como pacientes em estado crítico”, após as considerações dos participantes a competência destinada ao currículo da Graduação foi “Realizar atendimento inicial e transportar com segurança pacientes idosos nas principais situações de urgência e emergência, bem como pacientes em estado crítico para os serviços de urgência”. Um dos participantes considera que cursos como Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS), Suporte de Vida Avançado ao Trauma (ATLS) e Suporte Pré-Hospitalar de Vida no Trauma (PHTLS), entre outros, deveriam ser realizados pelos alunos do último ano da faculdade de Medicina.

A proposição 13 do consenso tem como foco a sarcopenia, fator de risco de fragilidade, e visa “Identificar o idoso sarcopênico, frágil ou em risco de fragilidade e programar medidas para sua prevenção, tratamento e reabilitação”. Após as considerações, foi trocado o verbo “identificar” por “reconhecer” e, em relação às medidas de tratamento e reabilitação, a frase teve seu verbo inicial “programar” substituído por “orientar” com apoio de equipe multidisciplinar e especialistas, quando necessário. A fragilidade conceitua-se como uma síndrome clínica, identificada por perda de peso involuntária, fadiga, diminuição da velocidade da marcha e do equilíbrio (fraqueza muscular), tendo como atributo a vulnerabilidade a estressores biopsicossociais.

A proposição 14 do consenso reforça a importância da “Atuação em equipe interdisciplinar reconhecendo a importância da assistência multidimensional no cuidado do idoso”, destacando-se, entre as outras proposições, por ter sido a única com 100% de concordância — ou seja, todos os participantes marcaram a opção 6 (concordo plenamente).

A proposição 15 do consenso, “Identificar as modalidades da rede de cuidado de longo prazo na atenção ao idoso como: Centro-dia, Hospital-dia, Internamento domiciliar, Cuidadores de idosos e Instituições de Longa Permanência para Idosos bem como, as indicações de cada”, foi acrescida da importância de estar familiarizado com as opções, sabendo acioná-las quando

necessário para a realização de um encaminhamento responsável e mantendo um acompanhamento compartilhado.

Em relação à proposição 16 do consenso, “Identificar os riscos que predispõem a institucionalização de idosos”, foi acrescentado “fatores” ao risco com exemplificação destes: falta de atividade física, dificuldade de marcha, demência, sequela de AVC e medicamentos.

A proposição 17, “Compreender a importância da saúde baseada em evidências”, não sofreu alterações, porém foi ressaltado que, geralmente, os idosos não são incluídos nos ensaios clínicos, devido às multimorbidades, o que faz com que faltem evidências de tratamento nessa faixa etária.

A proposição 18 do consenso, “Abordar os aspectos éticos, bioéticos e legais referentes ao atendimento do idoso, bem como reconhecer e intervir em condutas antiéticas e/ou ilegais”, apresentou considerações importantes, pois julgaram o tema muito amplo e sugeriram acrescentar o termo “pontos-chave” aos aspectos éticos, bioéticos e legais. Sobre a intervenção em condutas antiéticas e/ou ilegais, consideraram uma situação a ser abordada, porém respeitando as próprias limitações, inclusive emocionais, e buscando apoio da equipe multidisciplinar, sempre sob supervisão enquanto graduando.

Outra proposição com muitas considerações foi a 19, “Identificar sinais de maus-tratos e violência contra a pessoa idosa, notificar as autoridades e órgãos competentes, além de manejar clinicamente os efeitos da violência”, dividida em itens, cada qual com um verbo de comando. A proposição foi acrescida do método para realizar a notificação por meio da Ficha de notificação/investigação individual: violência doméstica/sexual e outras violências, também foi levantada a importância de acompanhar os casos de forma responsável e levando em consideração o estado cognitivo da vítima que faz a queixa, bem como acionando, se necessário, suporte multidisciplinar, sempre dentro de suas limitações e sob supervisão atenta.

A proposição 20 do consenso fala sobre “Capacidade funcional e capacidade **intrínseca**”, ou seja, conjunto de habilidades físicas e mentais das pessoas, que garante a autonomia e o bem-estar, ou seja, da audição à visão, passando pelo potencial de os músculos garantirem a força

para diversas atividades do dia a dia. Esta proposição não teve alterações, porém alguns respondentes tiveram dificuldades em sua compreensão.

A proposição 21, que engloba as proposições 4 e 22 da Matriz de Competências, versa sobre “Medicações potencialmente inapropriadas, a importância do seu reconhecimento, bem como das peculiaridades da farmacocinética e farmacodinâmica das drogas no idoso e as estratégias adequadas de prescrição e desprescrição”, e foi acrescida da importância do reconhecimento das medicações “potencialmente inapropriadas” de uso frequente pela população, sobretudo as disponíveis na atenção primária do SUS, bem como as contraindicações relativas e absolutas de medicamentos de uso prevalente nos idosos.

Na proposição 22 do consenso, “Atuar na segurança do paciente idoso, observando os pontos no sistema de saúde que aumentam o risco de erro, incluindo barreiras para os cuidados adequados e identificando, refletindo e aprendendo com os incidentes críticos, como quase acidentes e erros médicos evitáveis”, foi destacada a importância de entender que os erros acontecem, por mais que sejam evitados, e que analisar esses erros faz parte do crescimento médico.

Na proposição 23 do consenso, “Reconhecer as barreiras socioeconômicas comuns que afetam o atendimento ao idoso”, foi trocado o termo “barreira” por “problemas” socioeconômicos, e foi destacada mais uma vez a importância do trabalho multidisciplinar.

Na proposição 24 do consenso, “Riscos potenciais de hospitalização em idosos e implementação de estratégias de prevenção”, acrescentaram que isso deve ocorrer dentro das limitações do profissional e das possibilidades do idoso, de sua família e do sistema.

Por fim, a última proposição analisada, de número 25 do consenso, não teve modificações significativas. Somente foi solicitada a exemplificação dos “Principais problemas relacionados à hospitalização de idosos”, como prevenção de delirium, escaras, imobilidade, entre outros, como pode ser observado na finalização do consenso.

Dentre os temas sugeridos que não constavam nas proposições analisadas, foram citados: Autopercepção do envelhecimento e Tecnologia da informação na assistência à saúde do idoso.

7 DISCUSSÃO

A modificação da pirâmide etária no Brasil, trazendo consigo todas as questões de saúde da população idosa, aponta para a importância de se discutir o currículo médico de forma dinâmica e estruturada para formar profissionais capacitados em relação às necessidades da sociedade moderna. A proposta deste estudo foi elaborar um consenso sobre competências necessárias ao egresso de medicina para atender adequadamente a população idosa, visando à possibilidade de contribuir, em relação à saúde do idoso, no processo desafiador de estruturação das matrizes curriculares das escolas médicas.

Sabe-se que, ao médico, é necessário conhecer as particularidades dos pacientes de todas as fases da vida, dentre elas o envelhecimento. A velhice é a última fase do ciclo de vida do ser humano e possui características peculiares, portanto, é importante que os egressos tenham conhecimento para atendimento adequado deste segmento da população, uma vez que, independentemente da área de atuação, a maioria vai se deparar com um número significativo desses pacientes nos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados.

O estudo de Lima-Costa, Loyola e Matos (2007) na Pesquisa Nacional por Domicílio de 2003 já indicava que, em nosso meio, os idosos são considerados a maior demanda dos serviços de saúde. Já o estudo de Pereira, Feliz e Schwanke (2010) afirma que médicos de praticamente todas as áreas cada vez mais atenderão idosos em sua prática diária, reforçando a importância de preparar o egresso para o atendimento apropriado a esse público. Os pesquisadores defendem que o atendimento ao idoso requer conhecimentos específicos, bem diferentes do atendimento do adulto, e que devido à carência de profissionais especializados, essa assistência tem sido prestada, na maioria das vezes, por não especialistas. Portanto, a graduação de profissionais com competências básicas em saúde do idoso, bem como a formação de especialistas, tem se mostrado importante e fundamental. Assim, esta pesquisa vem contribuir com a sugestão de temas relevantes sobre saúde do idoso, por meio de um consenso com a participação de diferentes profissionais selecionados, buscando auxiliar a difícil tarefa de uniformização dos currículos das escolas médicas brasileiras no que se refere à saúde da pessoa idosa.

Para a realização de um consenso sobre competências, foram analisados diversos estudos sobre o tema. Apesar de terem sido encontradas várias classificações (Albanese *et al.*, 2008; Ten Cate,

2009) e níveis de competências (Laan; Leunissen; Van Herwaarden, 2010), o presente estudo foi baseado na classificação de Gordon e Hubbard (2017), em seu primeiro nível, sobre as competências básicas exigidas na área de saúde do idoso a todos os médicos graduados, e de modo simplificado com detalhamento de conteúdo norteado por Gontijo *et al.* (2013), por meio de Matriz de Competências, levando em consideração a abordagem de forma integral à saúde da pessoa idosa. O termo competências em ensino em saúde foi escolhido para se referir, de modo simplificado, ao que se espera de médicos graduados em relação ao conhecimento, habilidades e atitudes, conforme descrito no documento-base utilizado. A estratificação de competências se deu com inicial organização hierárquica dos verbos de comando das proposições, tomando por base conceitos da Taxonomia de Bloom e as modificações sugeridas nas respostas dos especialistas no pré-teste.

A escolha do documento norteador do inquérito foi mais um ponto importante da pesquisa. Essa etapa apresentou grande dificuldade, devido à escassez de documentos para embasamento do consenso, a começar pelas Diretrizes Curriculares Nacionais específicas para o curso de Medicina, que preconizavam que os conteúdos curriculares necessitavam contemplar diagnóstico, prognóstico e terapêutica nas patologias que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo de vida, dentre elas o envelhecimento e morte — porém, em nenhum momento com sugestões de tópicos ou maneiras para definir um conteúdo curricular direcionado para formar um egresso com as características esperadas (Brasil, 2001; 2014).

Outro documento encontrado foi a Matriz de Correspondência Curricular para Fins de Revalidação de Diplomas de Médico Obtidos no Exterior, o qual apresentava temáticas muito amplas, tais como “aspectos epidemiológicos”, “o processo do envelhecimento e alterações fisiológicas”, “princípios da prática geriátrica — processo saúde-doença”, entre outros, não sendo considerado para embasar a elaboração do consenso devido à falta de detalhamento (Brasil, 2009a).

Após iniciado o inquérito, foi encontrado um documento com referência ao currículo da graduação na área de saúde do idoso denominado “Diretrizes da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sobre conteúdo de disciplinas/módulos relacionados ao envelhecimento (Geriatria e Gerontologia) nos cursos de Medicina” (ANEXO B). Os temas elencados nesse documento foram considerados muito amplos, com necessidade de carga

horária muito extensa, o que poderia gerar dificuldade em ser inserido nos currículos da Graduação. Além disso, o conteúdo dos tópicos se assemelhava muito aos encontrados no documento utilizado neste consenso, destinado à Residência de Geriatria. Esse documento havia sido apresentado, discutido e aprovado em Fórum de um Congresso de Geriatria em 2014 por quatro profissionais, todos docentes e geriatras, o que pode ser considerado um viés em sua criação pela visão unilateral, formada somente por opinião de especialistas na área. Também não foi possível identificar a implantação dessas diretrizes em nenhuma das instituições de Ensino Superior.

Em 2014, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade estruturou um Currículo Baseado em Competências, realizado em quatro etapas: uma oficina para elaboração inicial por meio de um grupo de especialistas brasileiros com atuação na formação de Médicos de Família e Comunidade. Após a organização desse material, fez-se uma revisão de conteúdo no formato *Delphi* com a participação de especialistas com experiência na formação médica geral. O material resultante foi disponibilizado para consulta pública. Posteriormente, foi realizado um Painel com Especialistas que ficou responsável por avaliar as contribuições decorrentes da consulta pública. A estrutura utilizada agrupou as competências em áreas e, dentro das áreas, em níveis (pré-requisito, essenciais, desejáveis e avançadas). O grande foco do trabalho da SBMFC foi a definição de competências essenciais. Como essencial foram elencadas 4 competências: “Maneja as condições clínicas mais frequentes e relevantes nos idosos”, “Conhece e indica oportunamente atividades de promoção e prevenção, como vacinas, exercícios físicos, tabaco e álcool, alimentação e avaliação de risco de quedas”, “Aplica as escalas mais usadas” e “Realiza avaliação Multidimensional do Idoso e conhece aspectos da Avaliação Geriátrica Global, incluindo sexualidade”.

Para verificar a efetividade do formato utilizado, avaliou-se os conteúdos elencados em saúde do idoso para o Residente de Medicina de Família e Comunidade, o qual apresentava como pré-requisito: “conhece a fisiologia e anatomia do envelhecimento”, considerando que o egresso já deveria ter este tipo de conhecimento ao fim da Graduação — uma hipótese do presente estudo —, mas ainda não condiz com a realidade. Os resultados deste trabalho podem sugerir algumas contribuições sobre observações desse currículo da MFC. Pode-se citar, por exemplo, a primeira competência elencada, “Maneja as condições clínicas mais frequentes e relevantes nos idosos”. Esta, por sua amplitude (manejar), dificulta a orientação específica

sobre o conteúdo que deve ser ensinado. Sugere-se, portanto, desmembramentos das proposições, com utilização de hierarquia de verbos com base em conceitos da Taxonomia de Bloom para melhor definição das competências esperadas.

O documento selecionado como base do questionário utilizado no pré-teste foi a Matriz de Competências relativa ao primeiro ano de Residência em Geriatria da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) (ANEXO A), elaborado com o objetivo de capacitar médicos a realizar prevenção, diagnóstico e tratamento especializado nas questões de saúde do indivíduo idoso, compreendendo as peculiaridades do processo de envelhecimento e seu aspecto multidimensional. A preferência deu-se pelo fato de esse ser o documento brasileiro mais completo encontrado sobre competências em saúde do idoso precedendo o início da coleta de dados. A escolha deveu-se, também, ao motivo de a Residência Médica ser considerada padrão-ouro na especialização profissional na área da Geriatria, dentre todos os outros tipos de formação.

Decidiu-se pela utilização somente dos temas designados ao primeiro ano de Residência para a elaboração das proposições por terem sido considerados base temática da especialização em Geriatria, e por estar na interface entre a graduação e a especialização. O objetivo dessa escolha seria determinar se alguns tópicos atribuídos ao currículo do primeiro ano de residência em Geriatria seriam considerados pertinentes ao currículo da Graduação e não da especialização. Essa hipótese encontra-se em consonância com Brasil e Batista (2015), que afirmam em seu estudo que a Geriatria e a Gerontologia estão incorporadas em menos da metade dos projetos pedagógicos de graduação médica das escolas brasileiras, podendo significar também que os residentes têm, no primeiro ano de especialização, conteúdos que deveriam pertencer à Graduação por ser a maioria dos egressos não capacitados de forma adequada nos temas relativos ao envelhecimento.

Em relação à análise da necessidade de adaptação curricular, seria essencial avaliar com mais rigor se a incorporação de conteúdos sobre envelhecimento nos currículos da Graduação encontra-se adequada ou não, realizando um levantamento das matrizes curriculares atualizadas de amostra ou da totalidade das instituições de Ensino Superior que oferecem Graduação em Medicina existentes no Brasil, que estão contabilizadas atualmente em 350, de acordo com o site Escolas Médicas Brasileiras. Em análise sumária *on-line* das matrizes curriculares das 48

instituições mineiras, algumas desatualizadas, 22 não caracterizavam temas obrigatórios em envelhecimento. Além disso, essa análise exploratória possibilitou apenas a visualização do currículo explícito, podendo inclusive subestimar os conteúdos implícitos sobre saúde do idoso, potencialmente incorporados em outros contextos curriculares. Pereira, Feliz e Schwanke (2010) consideraram o meio eletrônico insuficiente para esse tipo de verificação, fato que foi percebido e corroborado durante a realização desta pesquisa. Dessa forma, a posterior realização de uma análise criteriosa desses currículos poderá inferir duas situações: 1) alta incorporação dos conteúdos em envelhecimento somada à carência de um documento norteador poderá sugerir indícios de subjetividade na escolha das competências; 2) baixa incorporação de conteúdos sobre saúde do idoso em conjunto com a carência de documentos norteadores poderão assentir a suspeita da necessidade de sistematização de documento estruturados, bem como da inclusão de conteúdo específico sobre envelhecimento nas matrizes curriculares.

Em relação à metodologia utilizada, segundo Black (2009), Boulkedid *et al.* (2011) e Günaydin (2006), muitas decisões-chave na atenção à saúde precisam ser tomadas sem informações objetivas adequadas, de modo que cada pessoa tem uma opinião a respeito do que é importante. No entanto, é geralmente aceito que existem vantagens quando um grupo, e não um indivíduo apenas, toma decisões: os grupos trazem uma variedade maior de conhecimentos e experiências; a interação entre os membros do grupo faz considerações importantes e debate as proposições recebidas; as opiniões baseadas somente em experiência própria são filtradas — portanto, uma visão de grupo tem mais peso do que a de um único especialista. Devido a esse fator, o método escolhido para o estudo foi um inquérito baseado no método *Delphi*, descrito na literatura como um dos mais indicados para a construção de consenso, considerado como ferramenta de investigação poderosa, segundo Linstone e Turoff (2015), e com o objetivo de obter o maior número de respostas e opiniões de extrema qualidade, de um grupo de especialistas para respaldar as tomadas de decisões (Marques; Freitas, 2018).

Para Wright e Giovinazzo (2000), o *Delphi* apresenta características consideradas essenciais, como o anonimato dos participantes e a possibilidade de revisão de visões individuais sobre o futuro, diante dos argumentos dos demais respondentes. No entanto, no decorrer do procedimento metodológico da pesquisa houve consenso em todas as principais proposições em uma única rodada. Em seguida foi enviado um *feedback* com um compilado estatístico baseado na visão do grupo, com a reformulação e o aprimoramento das questões previamente

enviadas, visando à possibilidade de incorporação de reflexões e opiniões nos temas tratados. Alguns *e-mails* retornaram, porém nenhum deles apresentava novas sugestões de modificação. Portanto, como o quesito sobre número de rodadas de respostas dos participantes, relativo ao conceito do método *Delphi*, não foi totalmente atendido, o estudo foi considerado um estudo transversal baseado no método *Delphi*.

A partir desse resultado, no qual, em apenas uma rodada de respostas, houve a obtenção de mais de 80% de concordância sobre os itens componentes do questionário, aponta-se para indícios de que grande parte das competências médicas sobre saúde do idoso trabalhadas no primeiro ano da Residência Médica em Geriatria talvez devessem ser incorporados ao currículo da Graduação em Medicina. Essa questão foi levantada por meio de reflexões de profissionais geriatras, clínicos e médicos de família e comunidade, a partir da *expertise* profissional tanto na assistência médica quanto em atividades docentes.

O trabalho de Cardoso (2016) defende que os participantes precisam ter alto grau de interesse e experiência no tema, e que, em um grupo *Delphi*, o mais importante é o equilíbrio das participações, e não o número de participantes (Bloor *et al.*, 2015). A literatura sugere uma variação entre 15 e 30 especialistas (Diamond *et al.*, 2014; Villiers M.; Villiers P.; Kent, 2005), portanto o número de 22 respondentes do presente estudo foi considerado adequado. Ainda, entendendo que a heterogeneidade dos especialistas é uma forma de garantir a confiabilidade dos resultados, foi realizada uma escolha criteriosa da amostra de participantes. Nesse sentido, a opção por estabelecer diferentes características entre eles, relativas à formação, tempo de graduação, atuação ou não na docência, atendeu às demandas da literatura sobre a seleção da amostragem. A elaboração do consenso das competências em atenção à saúde do idoso necessárias ao médico generalista para atuação na atenção primária foi realizada de acordo com as orientações referentes à quantidade e qualidade da amostra dos especialistas descritas na literatura.

Outro aspecto importante sugerido nos resultados foi o destaque para o trabalho multidisciplinar percebido pelo fato de uma das proposições ter apresentado consenso de 100%, com os participantes marcando com unanimidade a concordância plena, sobre a importância de assistência multidimensional ao idoso. Em outras proposições também foi enaltecida a importância do trabalho em uma equipe multidisciplinar, como no manejo de pacientes

portadores de múltiplas afecções; no idoso sarcopênico, frágil ou em risco de fragilidade; na abordagem de aspectos éticos, bioéticos e legais referentes ao atendimento ao idoso; na identificação de sinais de maus-tratos e violência contra a pessoa idosa, bem como no reconhecimento de problemas socioeconômicos que afetam o atendimento ao idoso. As Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino de Medicina salientam também a importância da atuação em equipe interdisciplinar. De acordo com Motta e Aguiar (2007), a preocupação com a reabilitação e a necessidade de trabalhar em equipe multiprofissional obriga habilidades interpessoais e conhecimentos, mesmo que básicos, de outras áreas de assistência à saúde. O egresso necessita, assim, de competências específicas para realizar uma abordagem qualificada e integral do idoso. Portanto, além da formação adequada, considera-se importante a capacidade de trabalhar em equipe multidisciplinar e de reconhecer que um profissional sozinho não tem todas as competências para um atendimento biopsicossocial (Ledford, 2015).

Dentre as sugestões dos participantes, houve destaque para o estudo referente à tecnologia da informação na assistência ao idoso. Existem, atualmente, diversos *softwares* e aplicativos com finalidade de suporte à saúde do idoso, destacando-se entre eles o Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional (IVCF-20), que foi sugerido para estratificação de risco e definição de um plano de cuidados individualizado, bastante viável para uso na atenção básica. Essa ferramenta é útil para o egresso reconhecer as condições que interferem na qualidade de vida do indivíduo, para reconhecimento do domínio alterado e tratamento específico. Segundo Moraes *et al.* (2016), tem correlação positiva com a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), além dos resultados indicarem alto grau de validade e confiabilidade.

O consenso estabelecido das competências necessárias ao egresso para atuar como médico generalista na atenção à saúde do idoso é uma ferramenta inovadora e importante, visto que não se encontrou na literatura consenso estabelecendo as competências mínimas na formação curricular da Graduação. Diante disso, acredita-se que o instrumento elaborado seja uma ferramenta com possibilidade de auxiliar o direcionamento e desenvolvimento do currículo em atenção à saúde do idoso nos cursos de Graduação de Medicina. Dentre os pontos-forte do trabalho, destaca-se ser um trabalho inovador, relevante, embasado nas melhores fontes encontradas, com possibilidade de ser replicado, aprimorado e testado. Dentre as limitações destaca-se a falta de documentos norteadores, a obtenção de consenso em uma única rodada, o

fato de a maioria dos participantes pertencer ao estado de Minas Gerais, a dificuldade de acesso às matrizes curriculares de algumas universidades e a amplitude do tema.

Por se tratar de tema relevante e pouco estudado no Brasil, faz-se necessário novos estudos para definição dos conteúdos essenciais na construção do currículo da Graduação em Medicina — assim como aprimoramento com níveis de competências e estabelecimento de carga horária mínima curricular, bem como sua melhor distribuição em aulas práticas e teóricas —, com a intenção de garantir a forma mais adequada para o egresso atingir as competências necessárias para um atendimento de qualidade à saúde do idoso, sem que haja prejuízo na aquisição de competências em outras áreas, importantes também na atenção primária. A investigação sobre esses aspectos seria o mérito de um novo inquérito, podendo também ser realizado por meio do método *Delphi*.

A construção e/ou reestruturação de matrizes curriculares médicas é um enorme desafio e um processo dinâmico. As competências médicas dos egressos são muitas e estão bem descritas em vários capítulos das DCN (2014). Apesar das limitações deste trabalho, espera-se poder contribuir com futuros trabalhos, por meio do documento de consenso elaborado sobre o conteúdo de importância no aprendizado relativo ao envelhecimento durante a Graduação médica, que tenham o potencial de auxiliar a orientação de desenvolvimento do desenho de um currículo médico norteador para o ensino em saúde do idoso nas instituições de Ensino Superior do País.

8 CONCLUSÃO

As competências sobre saúde do idoso, presentes na matriz de competências da SBGG para o primeiro ano de residência em Geriatria, foram identificadas, em sua quase totalidade, como conteúdo importante para abordagem durante a Graduação em Medicina.

REFERÊNCIAS

- ADLER, M.; ZIGLIO, E. **Gazing into the Oracle**: the Delphi Method and its application to social policy and public health. 3. ed. Londres: Kingsley Publishers, 1996. 264p.
- ALBANESE, M. A. *et al.* Defining characteristics of educational competencies. **Medical Education**, Oxford, v. 42, n. 3, p. 248-255, 2008.
- ALVES, J. E. D. O envelhecimento populacional segundo as novas projeções do IBGE. **Revista eletrônica EcoDebate**, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/582356-o-envelhecimento-populacional-segundo-as-novas-projecoes-do-ibge>. Acesso em: 14 maio 2021.
- BLACK, N. Métodos para desenvolvimento de consenso. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. cap. 12, p. 147-155.
- BLOOR, M. *et al.* Useful but no Oracle: Reflections on the use of a Delphi Group in a multi-methods policy research study. **Qualitative Research**, [S.I.], v. 15, p. 57-70, 2015.
- BOULKEDID, R. *et al.* Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. **Plos One**, [S.I.], v. 6, p. e20476, 2011.
- BRASIL; V. J. W.; BATISTA, N. A. O Ensino de Geriatria e Gerontologia na Graduação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 39, n. 3, p. 344-51, 2015.
- BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde, nº 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: https://servicos2.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word--lei_n_8142.pdf. Acesso em: 29 maio 2021.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 14 maio 2021.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Lei nº 8.842**. Política Nacional do Idoso. Brasília: DF, 1994. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_idoso.pdf. Acesso em: 20 maio 2021.
- BRASIL. **Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.
- BRASIL. **Estatuto do idoso: Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741compilado.htm. Acesso em: 24 abr. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006a**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PSNI. Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 20 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006b**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 20 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Matriz de correspondência curricular para fins de revalidação de diplomas de médico obtidos no exterior**. Brasília, 2009a. 69p. Disponível em: https://download.inep.gov.br/educacao_superior/revalida/matriz/2009/matriz_correspondencia_curricular_revalida_sem_logo.pdf. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 06363/2009**. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=458615>. Acesso em: 23 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica. **Programas de Residência Médica em Geriatria**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://siscnrm.mec.gov.br/login/login>. Acesso em: 23 maio 2021.

CAMARANO, A. A. **Novo Regime Demográfico**: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

CANO, E. **Cómo mejorar las competencias de los docentes**: guía para la autoevaluación y el desarrollo de las competencias del profesorado. Barcelona: Graó, 2005.

CARDOSO, N. A. **Método de Análise e Validação nas Investigações em Educação em Ciências e Matemática na REAMEC**: Método Delphi como Critérios de Triagem. 2016. 23f. Tese (Doutor em Educação em Ciências e Matemática) – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Radiografia das Escolas Médicas do Brasil**. [S.I.], 2016. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/datafolhaescolas2016.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2021.

COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; SOARES, A. T. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. **Revista UFG**, Goiânia, v. 5, n. 2, p. 1-4, 2003.

COSTA, E. F. A. Afinal, quem vai cuidar de nós? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 177-178, 2010.

CRISP, N.; CHEN, L. Global Supply of Health Professionals. **New England Journal of Medicine**, [S.I.], v. 370, n. 10, p. 90-957, 2014.

CUNHA, A. C. N. P.; CUNHA, N. N. P.; BARBOSA, M. T. Geriatric teaching in Brazilian medical schools in 2013 and considerations regarding adjustment to demographic and

epidemiological transition. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 62, n. 2, p. 179-83, 2016.

DIAMOND, I. R. *et al.* Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v. 67, n. 4, p. 401-409, Apr. 2014.

FERRAZ, A. P. C. M.; BELHOT, R. V. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 17, n. 2, p. 421-31, 2010.

FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): Factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 815-825, 2003.

FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

GALERA, S. C. O ensino do envelhecimento precisa amadurecer. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 3, p. 189-190, 2011.

GALERA, S. C. *et al.* Diretrizes sobre Conteúdo de Disciplinas/Módulos Relacionados ao Envelhecimento (Geriatria e Gerontologia) nos Cursos de Medicina. **Geriatria & Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 192-195, 2014.

GALERA, S. C.; COSTA, E. F. A.; GABRIELE, R. R. Educação Médica em Geriatria: desafio brasileiro e mundial. **Geriatrics, Gerontology and Aging**. [S.I.], v. 11, n. 2, p. 88-94, 2017.

GARCEZ-LEME, L. E.; LEME, M. D.; ESPINO, D. V. Geriatrics in Brazil: A big country with big opportunities. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 53, n. 11, p. 2018-2022, 2005.

GIOVINAZZO, R. A. Modelo de aplicação de metodologia Delphi pela internet: vantagens e ressalvas. **Administração On Line**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, abr./jun. 2001.

GRISHAM, T. The Delphi technique: a method for testing complex and multifaceted topics. **International Journal of Managing Projects in Business**, [S.I.], v. 2, n. 1, p. 112-130, 2009.

GONTIJO, E. D. *et al.* Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 526-39, dez. 2013.

GORDON, A.; HUBBARDI, R. F. Education in Geriatric Medicine. In: FILLIST, H. M.; ROCKWOOD, K.; YOUNG, J. **Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology**. Philadelphia: Elsevier, p.1034-9, 2017.

GÜNEYDIN, H. M. **The Delphi Method**. [S.I.: s.n.], 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Huesnue_Guenaydin/publication/308653253_The_Delphi_Method/links/57ea495008aef8bfcc9901ff/The-Delphi-Method.pdf. Acesso em: 02 maio 2019.

- HAWKINS, R. E. *et al.* Implementation of competency-based medical education: are we addressing the concerns and challenges? **Medical Education**, Oxford, v. 49, n. 11, p. 1086-1102, 2015. doi: 10.1111 / medu.12831.
- HARDEN, R. M. *et al.* AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 5-From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. **Medical Teacher**. v. 21, n. 6, p. 546-52, 1999. doi: 10.1080/01421599978951.
- KELLER, I. *et al.* **Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum**. Geneva: WHO, 2002.
- LAAN, R. F. J. M.; LEUNISSEN, R. R. M.; VAN HERWAARDEN, C. L. A. The 2009 framework for undergraduate medical education in the Netherlands. **GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung**, [S.I.], v. 27, n. 2, p. 1- 4, 2010.
- LEDFORD, H. Team Science: Interdisciplinarity has become all the rage as scientists tackle society's biggest problems. But there is still strong resistance to crossing borders. **Nature**, [S.I.], v. 525, n. 7569, p. 308-311, 2015.
- LIMA-COSTA, M. F.; LOYOLA, A. L.; MATOS, D. L. Tendências nas condições e uso dos serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998-2003). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2467-2478, 2007.
- LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, jun. 2003.
- LIMA-COSTA, M. F. Envelhecimento e saúde coletiva: Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, supl. 2, 2018.
- LINSTONE, H. A.; TUROFF, M. **The Delphi method**: Techniques and applications. New Jersey Institute of Technology, 2015. Disponível em: <https://web.njit.edu/~turoff/pubs/delphibook/index.html>. Acesso em: 30 maio 2019.
- LOURES, C. A. S. **Delphi na Internet e Suas Implicações do Ponto de Vista Metodológico**, [S.I.], 2002. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2002-epa-1172.pdf>. Acesso em: 14 maio 2020.
- MARQUES, J. B. V.; FREITAS, D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Pro-Posições**, Campinas, v. 29, n. 2, p. 389-415, 2018.
- MARTINS, J. J. *et al.* 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 e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 371-382, dez. 2007.
- MASUD, T. *et al.* A European undergraduate curriculum in geriatric medicine developed using an international modified Delphi technique. **Age and Ageing**, Oxford, v. 43, n. 5, p. 695-702, 2014.
- MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010.

- MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 363-72, 2007.
- MORAES, E. N. *et al.* Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 81, 2016.
- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-99, 2008.
- PEREIRA, A. M. V. B.; FELIZ, M. C.; SCHWANKE, C. H. A. Ensino de Geriatria nas faculdades de Medicina brasileiras. **Revista Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 179-185, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Residência Médica em Geriatria: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Geriatria & Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 119-125, 2011.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **SBGG elabora matriz de competências para a especialidade de geriatria; material está disponível para consulta**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.sbggmg.org.br/sbgg-elabora-matriz-de-competencias-para-a-especialidade-de-geriatria-material-esta-disponivel-para-consulta/>. Acesso em: 14 jan. 2021.
- STITT-GOHDES, W. L.; CREWS, T. B. The Delphi technique: a research strategy for career and technical education. **Journal of Career and Technical Education**, [S.I.], v. 20, n. 2, p. 55-67, 2004.
- TEN CATE, O. Guia Atualizado sobre Atividades Profissionais Confiáveis (APCs). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 1, supl. 1, p. 721-730, 2019.
- UNITED NATIONS. **World Population Prospects: The 2012 Revision**. New York, 2013. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/publications/world-population-prospects-the-2012-revision.html>. Acesso em: 23 maio 2021.
- VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-15, 2003.
- VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.
- VILLIERS, M. R.; VILLIERS, P. J.; KENT, A. P. The Delphi technique in health sciences education research. **Medical Teacher**, London, v. 27, n. 7, p. 639-643, nov. 2005.
- WRIGHT, J.T.C. e GIOVINAZZO, R.A. DELPHI: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 12, 2000.

APÊNDICE A – Questionário Pré-teste

Pesquisa Delphi sobre competências para a Atenção à Saúde do Idoso ao egresso de Medicina

Venho convidá-lo(a) a participar de um projeto de pesquisa com objetivo de levantar as competências necessárias ao egresso de medicina em Saúde do Idoso, estabelecendo um consenso sobre o conteúdo mínimo a ser atendido pelas escolas de medicina, no estudo do envelhecimento. Trata-se de estudo realizado, on-line, por meio do preenchimento de questionário, por meio do método Delphi, com o objetivo de estabelecer um consenso, podendo necessitar de mais rodadas para que o mesmo seja estabelecido.

Neste sentido, estou convidando-o(a) para colaborar com esta iniciativa, como INTERLOCUTOR(A) qualificado(a). Para tanto, encaminho um documento solicitando sua opinião. Para participar da elaboração do consenso você precisa ser médico(a) titulado(a) em uma das seguintes áreas: Geriatria, Medicina de Família ou Clínica Médica. Os resultados obtidos serão analisados pela pesquisadora, observando as tendências e as opiniões dissonantes, bem como as justificativas, sistematizando-as e compilando-as para, posteriormente, as reenviar ao grupo por meio de um segundo questionário. Também será enviado um feedback aos participantes.

O anonimato dos participantes será garantido.

Sua participação será de grande importância.

Desde já agradeço a sua colaboração, que certamente reverterá em benefícios para a Saúde do Idoso e a melhoria do SUS no Brasil.

Para maiores esclarecimentos estarei à disposição.

Para quem estiver interessado no assunto, envio o link para o artigo *European undergraduate curriculum in geriatric medicine developed using an international modified Delphi technique* elaborado na Europa com o mesmo tema abordado por esta pesquisa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4143490/>

O Projeto dispensa TCLE. A assinatura é digital e não é preciso imprimir ou entregar o questionário.

Agradeço aos que já preencheram e conto com a colaboração dos demais colegas para a elaboração deste consenso.

Atenciosamente,

Patrícia Silva Rodriguez.
Mestranda em Ensino em Saúde UNIFENAS-BH e-
mail de contato: patmed@ufs.edu.br

1. E-mail *

2. Você aceita participar da pesquisa? *

Marcar apenas uma oval.

Sim, eu aceito. *Pular para a pergunta 3*

Não aceito.

Identificação:

Para melhor análise dos dados, precisamos coletar algumas informações sobre você, nenhuma informação coletada será divulgada.

3. Nome completo

4. Ano de nascimento

5. Cidade - Estado (onde atua)

6. Principal local de trabalho:

Marque todas que se aplicam.

- Atenção pública primária em Clínica Médica/Medicina de Família
- Atenção publica em Geriatria
- Atenção suplementar em Clínica Médica/Medicina de Família
- Atenção suplementar em Geriatria

7. Há quantos anos exerce a profissão?

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 1 ano
- Entre 1 e 5 anos
- Entre 6 e 10 anos
- Mais de 10 anos

8. Exerce atividade docente?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

9. Possui alguma especialização ou treinamento em Geriatria?

Marque todas que se aplicam.

- Nenhuma
- Durante a graduação em medicina
- Pós-graduação (latu-sensu)/Especialização (<180 horas)
- Pós-graduação (latu-sensu)/Especialização (>180 horas)
- Residência Médica
- Mestrado/Doutorado

10. Possui título de especialista em Geriatria?

Marque todas que se aplicam.

- Sim
- Não

11. Possui título de especialista em alguma outra especialidade?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

12. Em qual especialidade?

Marcar apenas uma oval.

Clínica Médica

Medicina de Família e Comunidade

Outros

13. Se outros, especifique a especialidade

Sua opinião
é muito
importante:

Precisamos saber em relação à importância dos tópicos abaixo se você concorda ou discorda que sejam competências importantes ao egresso de medicina. O objetivo geral é o de definir as competências mínimas necessárias ao egresso de medicina na atenção à saúde do idoso. Utilizaremos a escala de Likert com as seguintes respostas:
 (1) Concordo totalmente
 (2) Concordo parcialmente
 (3) Não concordo, nem discordo
 (4) Concordo parcialmente
 (5) Concordo totalmente

14. 1. Compreender o processo de envelhecimento populacional que ocorre no Brasil e no mundo (transição demográfica e epidemiológica), suas causas e consequências, bem como, a importância das informações em saúde como recurso de planejamento da Atenção à Saúde do Idoso.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

15. Sugestões em relação ao tópico 1

16. 2. Conhecer a evolução histórica da Política Social do Idoso no Brasil, as Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidados para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa e a legislação vigente incluindo o Estatuto do Idoso.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

17. 2.1 Compreender a estrutura de funcionamento da Política Nacional da Saúde da Pessoa, de modo a auxiliar a pessoa idosa a vivenciar a sua plena cidadania através do exercício dos direitos e deveres estabelecidos.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

18. Sugestões em relação ao tópico 2 e 2.1:

19. 3. Conhecer as principais modificações morofuncionais decorrentes do processo de envelhecimento e correlacionar com a dificuldade de avaliação do indivíduo idoso.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="radio"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="radio"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="radio"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="radio"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="radio"/> Concordo totalmente				

20. 3.1 Identificar as principais modificações morfológicas decorrentes do processo de envelhecimento e correlacionar com a dificuldade de avaliação do indivíduo idoso.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

21. Sugestões em relação ao tópico 3 e 3.1:

22. 4. Reconhecer a influência das condições sociais, psicológicas e culturais sobre o estado de saúde dos idosos.

Marcar apenas uma oval.

23. Sugestões em relação ao tópico 4:

24. 5. Aplicar as técnicas de comunicação verbal e não verbal junto ao paciente idoso.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

25. Sugestões em relação ao tópico 5:

26. 6. Ter habilidade em reconhecer as peculiaridades da anamnese e do exame físico do paciente idoso.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

27. 6.1 Ter habilidades na realização da anamnese e exame físico do paciente idoso

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

28. Sugestões em relação ao tópico 6 e 6.1:

29. 7. Reconhecer as grandes Síndromes Geriátricas (“Gigantes da Geriatria”): insuficiência cognitiva, imobilidade, instabilidade postural e quedas, incontinência, iatrogenia.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

30. Sugestões em relação ao tópico 7:

31. 8. Compreender a importância da Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

32. 8.1 Ter habilidade e destreza para realização da Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

33. 8.2 Ter habilidade e destreza no manejo dos principais instrumentos e escalas utilizados na Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

34. Sugestões em relação ao tópico 8, 8.1 e 8.2:

35. 9. Reconhecer as peculiaridades da apresentação das doenças mais comuns no idoso, bem como as manifestações atípicas dos agravos à saúde nessa população.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente				
Concordo totalmente				

36. 9.1 CONDIÇÕES MÉDICAS MAIS COMUNS: Marque as patologias mais comuns em idosos que os graduados devem conhecer:

Marque todas que se aplicam.

- Dor crônica
- Demência e Delirium
- Maus-tratos: físico, psicológico, financeiro e sexual
- Quedas e distúrbios do movimento
- Audição e distúrbios da visão
- Desnutrição e sarcopenia
- As úlceras de pressão
- As incontinências urinária e fecal
- As doenças cardiovasculares (incluindo insuficiência cardíaca e hipertensão)
- A doença vascular cerebral e acidente vascular cerebral
- DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) e pneumonia
- Depressão
- Diabetes
- Distúrbio hidroeletrolítico
- Osteoporose
- Insuficiência renal

37. Sugestões em relação ao tópico 9 e 9.1:

38. 10. Manejar pacientes portadores de múltiplas afecções, considerando as possíveis interações entre elas.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

39. 10.1 Manejar pacientes portadores de múltiplas afecções, considerando o risco e benefício de cada procedimento e/ou tratamento.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

40. Sugestões em relação ao tópico 10 e 10.1:

41. 11. Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas em idosos.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

42. 11.1 Realizar o rastreamento de doenças crônicas em idosos.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

43. Sugestões em relação ao tópico 11 e 11.1:

44. 12. Manejar pacientes idosos nas principais situações de urgência e emergência bem como, pacientes em estado crítico.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

45. Sugestões em relação ao tópico 12:

46. 13. Em relação à sarcopenia e fragilidade o egresso deverá: 14.1 Identificar o idoso sarcopênico, frágil ou em risco de fragilidade.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

47. 13.1 Em relação à sarcopenia e fragilidade o egresso deverá: programar medidas para sua prevenção.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

48. 13.2 Em relação à sarcopenia e fragilidade o egresso deverá: programar medidas para tratamento e reabilitação.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

49. Sugestões em relação aos tópicos 13,13.1 e 13.2:

50. 14. Atuar em equipe interdisciplinar, reconhecendo a importância da assistência multidimensional no cuidado do idoso.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

51. Sugestões em relação ao tópico 14:

52. 15. Identificar as modalidades da rede de cuidado de longo prazo na atenção ao idoso como: Centro-dia, Hospital-dia, Internamento domiciliar, Cuidadores de idosos e Instituições de Longa Permanência para Idosos bem como, as indicações de cada.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

53. Sugestões em relação ao tópico 15:

54. 16. Identificar os riscos que predispõem a institucionalização de idosos.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

55. Sugestões em relação ao tópico 16:

56. 17. Compreender a importância da saúde baseada em evidências e sua utilização na prática clínica, bem como, suas limitações de aplicação junto à população idosa.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

57. Sugestões em relação ao tópico 17:

58. 18. Abordar os aspectos éticos, bioéticos e legais referentes ao atendimento do idoso.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

59. 18.1 Reconhecer e intervir em condutas antiéticas e/ou ilegais referentes ao atendimento do idoso.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

60. Sugestões em relação ao tópico 18 e 18.1:

61. 19. Identificar sinais de maus tratos e violência contra a pessoa idosa.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

62. 19.1 Notificar as autoridades e órgãos competentes maus tratos contra a pessoa idosa.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

63. 19.2 Manejar clinicamente os efeitos da violência contra a pessoa idosa.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

64. Sugestões em relação ao tópico 19, 19.1 e 19.2:

65. 20. Conhecer e aplicar na prática clínica os conceitos de capacidade intrínseca e de capacidade funcional.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

66. Sugestões em relação ao tópico 20:

67. 21. Reconhecer as medicações potencialmente inapropriadas para o idoso.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

68. 21.1 Reconhecer as peculiaridades da farmacocinética e farmacodinâmica das drogas que ocorrem no idoso e sua aplicação prática.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

69. 21.2 Estabelecer estratégias adequadas para prescrição e desprescrição de medicações (prevenção quaternária)

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

70. Sugestões em relação ao tópico 21, 21.1 e 21.2:

71. 22. Atuar na segurança do paciente idoso, observando os pontos no sistema de saúde que aumentam o risco de erro, incluindo barreiras para os cuidados adequados e identificando, refletindo e aprendendo com os incidentes críticos, como quase acidentes e erros médicos evitáveis.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

72. Sugestões em relação ao tópico 22:

73. 23. Reconhecer as barreiras socioeconômicas comuns que afetam o atendimento ao idoso.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

74. Sugestões em relação ao tópico 23:

75. 24. Identificar os riscos potenciais de hospitalização em idosos e implementar estratégias de prevenção e de mitigação dos mesmos.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

76. Sugestões em relação ao tópico 24:

77. 25. Abordar adequadamente os principais problemas relacionados à hospitalização de idosos.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

78. Sugestões em relação ao tópico 25:

Feedback

Precisamos de sua opinião sobre o formulário

79. O que achou do preenchimento deste formulário?

Marcar apenas uma oval.

- Fácil
- Difícil
- Cansativo

80. Comentários:

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

APÊNDICE B – Questionário do inquérito

Pesquisa Delphi sobre competências para a Atenção à Saúde do Idoso ao egresso de Medicina

Venho convidá-lo(a) a participar de um projeto de pesquisa com objetivo de levantar as competências necessárias ao egresso de medicina em Saúde do Idoso, estabelecendo um consenso sobre o conteúdo mínimo a ser atendido pelas escolas de medicina, no estudo do envelhecimento. Trata-se de estudo realizado, on-line, por meio do preenchimento de questionário, por meio do método Delphi, com o objetivo de estabelecer um consenso, podendo necessitar de mais rodadas para que o mesmo seja estabelecido.

Neste sentido, estou convidando-o(a) para colaborar com esta iniciativa, como INTERLOCUTOR(A) qualificado(a). Para tanto, encaminho um documento solicitando sua opinião. Para participar da elaboração do consenso você precisa ser médico(a) titulado(a) em uma das seguintes áreas: Geriatria, Medicina de Família ou Clínica Médica. Os resultados obtidos serão analisados pela pesquisadora, observando as tendências e as opiniões dissonantes, bem como as justificativas, sistematizando-as e compilando-as para, posteriormente, as reenviar ao grupo por meio de um segundo questionário. Também será enviado um feedback aos participantes.

O anonimato dos participantes será garantido.

Sua participação será de grande importância.

Desde já agradeço a sua colaboração, que poderá contribuir para a Saúde do Idoso e a melhoria do SUS no Brasil.

Para maiores esclarecimentos estarei à disposição.

Para quem estiver interessado no assunto, envio o link para o artigo European undergraduate curriculum in geriatric medicine developed using an international modified Delphi technique elaborado na Europa com o mesmo tema abordado por esta pesquisa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4143490/>

O Projeto dispensa TCLE (Resolução 510/2016). A assinatura é digital e não é preciso imprimir ou entregar o questionário.

Agradeço aos que já preencheram e conto com a colaboração dos demais colegas para a elaboração deste consenso.

Atenciosamente,

Patrícia Silva Rodriguez.

Mestranda em Ensino em Saúde UNIFENAS-BH e-mail de contato:
patmed@ufs.edu.br

1. E-mail *

2. Você aceita participar da pesquisa? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, eu aceito. *Pular para a pergunta 3*
 Não aceito.

Identificação:

Para melhor análise dos dados, precisamos coletar algumas informações sobre você, nenhuma informação coletada será divulgada.

3. Nome completo

4. Ano de nascimento

5. Cidade (onde atua)

6. Principal local de trabalho:

Marcar apenas uma oval.

- Atenção pública primária em Clínica Médica/Medicina de Família
 Atenção publica em Geriatria
 Atenção suplementar em Clínica Médica/Medicina de Família
 Atenção suplementar em Geriatria

7. Há quantos anos exerce a profissão?

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 1 ano
- Entre 1 e 5 anos
- Entre 6 e 10 anos
- Mais de 10 anos

8. Exerce atividade docente?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

9. Possui alguma especialização ou treinamento em Geriatria descrita nos ítems abaixo?

Marque todas que se aplicam.

- Nenhuma
- Durante a graduação em medicina
- Pós-graduação (latu-sensu)/Especialização (<180 horas)
- Pós-graduação (latu-sensu)/Especialização (>180 horas)
- Residência Médica
- Mestrado/Doutorado

10. Possui título de especialista em Geriatria?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

11. Possui título de especialista em alguma outra especialidade?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 - Não

12. Em qual especialidade?

Marcar apenas uma oval.

- Clínica Médica
 - Medicina de Família e Comunidade
 - Outros

13. Se outros, especifique a especialidade

Sua opinião
é muito
importante:

Precisamos saber, em relação à importância dos tópicos abaixo, se você concorda ou discorda que sejam competências importantes ao egresso de medicina.

O objetivo geral é o de definir as competências mínimas necessárias ao egresso de medicina na atenção à saúde do idoso.

Utilizaremos a escala de Likert com respostas que variam de 1 a 6, sendo 1 equivalente a discordo totalmente e 6, concordo totalmente.

14. 1. Compreender o processo de envelhecimento populacional que ocorre no Brasil e no mundo (transição demográfica e epidemiológica), suas causas e consequências, bem como, a importância das informações em saúde como recurso de planejamento da Atenção à Saúde do Idoso.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6

- ## 15. Sugestões em relação ao tópico 1

16. 2. Conhecer a evolução histórica da Política Social do Idoso no Brasil, as Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidados para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa.

Marcar apenas uma oval.

17. Sugestões em relação ao tópico 2:

18. 2.1 Reconhecer os pontos-chave da legislação que impactam nas decisões do dia a dia do médico.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

19. 2.2 Dentre os pontos-chave da legislação que impactam nas decisões do dia-a-dia do médico são importantes:

Marque todas que se aplicam.

- tomadas de decisão em pacientes com declínio cognitivo
- diretrizes antecipadas da vontade
- uso de nutrição parenteral
- Reanimação cardio-pulmonar
- ortotanásia / distanásia (retirada ou manutenção de tratamento médico)
- violência contra o idoso
- Outros

20. Sugestões em relação às questões 2.1 e 2.2:

21. 2.3 Compreender a estrutura de funcionamento da Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa, de modo a auxiliar o idoso a vivenciar a sua plena cidadania por meio do exercício dos direitos e deveres estabelecidos.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6

Discordo totalmente Concordo totalmente

22. Sugestões em relação ao tópico 2.3:

23. 3. Reconhecer as modificações morfológicas mais prevalentes decorrentes do processo de envelhecimento (senescência)

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6

Discordo totalmente Concordo totalmente

24. 3.1 Reconhecer as modificações morfológicas decorrentes do processo de envelhecimento nos seguintes tópicos:

Marque todas que se aplicam.

- Composição corporal: diminuição da água intracelular e aumento de gordura corporal
- pele seca e espessada, menos elástica, propensa a câncer de pele
- flacidez de pálpebras, ptose senil
- diminuição de glândulas sudoríparas (dificuldade de termorregulação)
- sarcopenia: redução de massa muscular, fraqueza muscular
- alterações cardiovasculares
- alterações do sistema nervoso central
- alterações cognitivas e comportamentais
- alterações de marcha, postura e equilíbrio
- distúrbios do sono
- alterações de memória
- alterações do sistema respiratório
- alterações do sistema hematopoético
- alterações do sistema urinário: redução de função renal
- alterações do sistema endócrino
- alterações do sistema digestório

25. Sugestões em relação ao tópico 3 e 3.1:

26. 3.2 Correlacionar o reconhecimento destas alterações morfológicas com a dificuldade de avaliação do indivíduo idoso (senescência X senilidade)

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6

Discordo totalmente Concordo totalmente

27. Sugestões em relação ao tópico 3.2:

28. 4. Reconhecer a influência das condições sociais, psicológicas e culturais sobre o estado de saúde dos idosos.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6

Discordo totalmente Concordo totalmente

29. Sugestões em relação ao tópico 4:

30. 5. Comunicar de forma adequada com o paciente idoso, com empatia, confiança, uso de reforço positivo, humor, cortesia também usando linguagem corporal (sorriso, contato visual), respeitando as limitações sensoriais e cognitivas e evitando terminologia médica, falta de sinceridade, atitudes autoritárias, mudança repentina de assunto e hostilidade.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6

Discordo totalmente Concordo totalmente

31. Sugestões em relação ao tópico 5:

32. 6. Ter habilidade na realização da anamnese e do exame físico do paciente idoso, reconhecendo as suas peculiaridades.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6

Discordo totalmente Concordo totalmente

33. Sugestões em relação ao tópico 6:

34. 7. Reconhecer as grandes Síndromes Geriátricas (“Gigantes da Geriatria”): insuficiência cognitiva, imobilidade, instabilidade postural e quedas, incontinência, iatrogenia.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6

Discordo totalmente Concordo totalmente

35. Sugestões em relação ao tópico 7:

36. 8. Reconhecer a importância da Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6

Discordo totalmente Concordo totalmente

37. Sugestões em relação ao tópico 8:

38. 8.1 Ter habilidade e destreza para realização da Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6

Discordo totalmente Concordo totalmente

39. Sugestões em relação ao tópico 8.1:

40. 8.2 Ter habilidade e destreza no manejo dos instrumentos e escalas mais relevantes (especificados no item 8.3) utilizados na Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6

Discordo totalmente Concordo totalmente

41. Sugestões em relação ao tópico 8.2:

42. 8.3 Em relação aos principais instrumentos e escalas usados no rastreio da incapacidade funcional do idoso, assinale abaixo quais você considera que o egresso necessite ter habilidade e destreza ao terminar o curso de graduação:

Marque todas que se aplicam.

- Escala de Katz: escala de independência para atividades básicas de vida diária.
- Escala de Lawton: escala de atividades instrumentais da vida diária.
- Mini-cog: avaliação de funções cognitivas
- Índice de vulnerabilidade clínico-funcional (IVCF-20)
- Avaliação funcional breve
- Miníexame do estado mental (MEEM)
- Teste do desenho do relógio
- MoCA: Montreal Cognitive Assessment
- Teste de fluência verbal
- CES-D: escala de depressão do Center for Epidemiological Studies
- GDS-15: escala de depressão geriátrica
- Questionário de atividades funcionais de Pfeffer
- Caregiver abuse screen (CASE): Rastreio de violência doméstica
- Zarit Burden Interview: escala para avaliação de sobrecarga do cuidador
- MAN: Mini avaliação nutricional
- POMA: Performance-oriented mobility assessment

43. Em relação à questão 8.3, você acrescentaria algum ítem?

44. 9. Reconhecer as peculiaridades da apresentação das doenças mais prevalentes no idoso, bem como as manifestações atípicas dos agravos à saúde nessa população.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6

Discordo totalmente Concordo totalmente

45. Sugestões em relação ao tópico 9:

46. 9.1 CONDIÇÕES MÉDICAS MAIS COMUNS: Marque as patologias mais comuns em idosos que os graduados devem identificar:

Marque todas que se aplicam.

- Dor crônica
- Demência e Delirium
- Maus-tratos: físico, psicológico, financeiro e sexual
- Quedas e distúrbios do movimento
- Audição e distúrbios da visão
- Desnutrição e sarcopenia
- As úlceras de pressão
- As incontinências urinária e fecal
- As doenças cardiovasculares (incluindo insuficiência cardíaca e hipertensão)
- A doença vascular cerebral e acidente vascular cerebral
- DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) e pneumonia
- Depressão
- Diabetes
- Distúrbio hidroeletrolítico
- Osteoporose
- Insuficiência renal

47. Sugestões em relação ao tópico 9.1:

48. 10. Manejar (dentro de seus limites pedindo ajuda sempre que necessário) pacientes portadores de múltiplas afecções, considerando as possíveis interações entre elas.

Marcar apenas uma oval.

49. Sugestões em relação ao tópico 10:

50. 10.1 Manejar (dentro dos seus limites, pedindo ajuda sempre que necessário) pacientes portadores de múltiplas afecções, considerando o risco e benefício de cada procedimento e/ou tratamento.

Marcar apenas uma oval.

51. Sugestões em relação ao tópico 10.1:

52. 11. Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas em idosos.

Marcar apenas uma oval.

53. Sugestões em relação ao tópico 11:

54. 11.1 Ser capaz de realizar o rastreamento em idosos de doenças crônicas cujo diagnóstico precoce, comprovadamente, gere benefício real ao paciente

Marcar apenas uma oval.

- ## 55. Sugestões em relação ao tópico 11.1:

56. 12. Realizar atendimento inicial e transportar com segurança pacientes idosos nas principais situações de urgência e emergência bem como, pacientes em estado crítico para os serviços de urgência.

Marcar apenas uma oval.

57. Sugestões em relação ao tópico 12:

58. 13. Em relação à sarcopenia e fragilidade o egresso deverá: Identificar o idoso sarcopênico, frágil ou em risco de fragilidade.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

59. Sugestões em relação aos tópicos 13:

60. 13.1 Em relação à sarcopenia e fragilidade o egresso deverá: programar medidas para sua prevenção.

Marcar apenas uma oval.

- ## 61. Sugestões em relação aos tópicos 13.1:

62. 13.2 Em relação à sarcopenia e fragilidade o egresso deverá saber quando referenciar o paciente para medidas de tratamento e reabilitação.

Marcar apenas uma oval.

- ### 63. Sugestões em relação aos tópicos 13.2:

64. 14. Atuar em equipe interdisciplinar e reconhecer a importância da assistência multidimensional no cuidado do idoso.

Marcar apenas uma oval.

65. Sugestões em relação ao tópico 14:

66. 15. Identificar pacientes que requerem rede de cuidado de longo prazo na atenção ao idoso como: Centro-dia, Hospital-dia, Internamento domiciliar, Cuidadores de idosos e Instituições de Longa Permanência para Idosos e estar familiarizado com as opções.

Marcar apenas uma oval.

67. Sugestões em relação ao tópico 15:

68. 16. Identificar os fatores de risco que predispõem a institucionalização de idosos (ex: falta de atividade física, dificuldade de marcha, demência, sequela de AVC, medicamentos) e elaborar estratégias de prevenção.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

69. Sugestões em relação ao tópico 16:

70. 17. Compreender a importância da saúde baseada em evidências e sua utilização na prática clínica, bem como, suas limitações de aplicação junto à população idosa.

Marcar apenas uma oval.

71. Sugestões em relação ao tópico 17:

72. 18. Reconhecer e intervir em condutas antiéticas e/ou ilegais referentes ao atendimento do idoso identificando situações de risco e advogando para o paciente dentro de suas limitações.

Marcar apenas uma oval.

73. Sugestões em relação ao tópico 18:

74. 19. Identificar sinais de maus tratos e violência contra a pessoa idosa.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6		
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente					

75. Sugestões em relação ao tópico 19:

76. 19.1 Notificar as autoridades e órgãos competentes maus tratos contra a pessoa idosa (utilizar a ficha de notificação/investigação individual: violência doméstica/sexual e outras violências)

Marcar apenas uma oval.

77. Sugestões em relação ao tópico 19.1:

78. 19.2 Manejar clinicamente os efeitos da violência contra a pessoa idosa dentro de suas limitações.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

79. Sugestões em relação ao tópico 19.2:

80. 20. Conhecer e aplicar na prática clínica os conceitos de capacidade intrínseca (recursos físicos e mentais) e de capacidade funcional.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6		
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente					

81. Sugestões em relação ao tópico 20:

82. 21. Reconhecer as medicações gerais potencialmente inapropriadas para o idoso.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

83. 21.1 Reconhecer as medicações "disponíveis na atenção primária do SUS" potencialmente inapropriadas para o idoso.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6

Discordo totalmente Concordo totalmente

84. Sugestões em relação ao tópico 21 e 21.1

85. 21.2 Reconhecer as contra-indicações relativas e absolutas de medicamentos de uso prevalente no idoso e as peculiaridades da farmacocinética e farmacodinâmica das drogas que afetem a prescrição para uso no idoso.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6

Discordo totalmente Concordo totalmente

86. Sugestões em relação ao tópico 21.2:

87. 21.3 Estabelecer estratégias adequadas para prescrição e desprescrição de medicações (prevenção quaternária).

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6

Discordo totalmente Concordo totalmente

88. Sugestões em relação ao tópico 21.3:

89. 22. Atuar na segurança do paciente idoso, entendendo que vão errar, por mais que eles evitem, e que analisar os erros os tornam melhores médicos e honram aqueles que sofreram suas consequências e não somente entender o erro como algo inaceitável que deve ser punido.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6

Discordo totalmente Concordo totalmente

90. Sugestões em relação ao tópico 22:

91. 23. Reconhecer as barreiras socioeconômicas comuns que afetam o atendimento ao idoso.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6

Discordo totalmente Concordo totalmente

92. Sugestões em relação ao tópico 23:

93. 24. Identificar os riscos potenciais de hospitalização em idosos e implementar estratégias de prevenção, dentro das limitações do médico, do sistema, do idoso e de sua família.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6

Discordo totalmente Concordo totalmente

94. Sugestões em relação ao tópico 24:

95. 25. Abordar adequadamente os principais problemas relacionados à hospitalização de idosos.

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6

Discordo totalmente Concordo totalmente

96. Sugestões em relação ao tópico 25:

Feedback

Precisamos de sua opinião sobre o formulário

97. O que achou do preenchimento deste formulário?

Marcar apenas uma oval.

Fácil

Difícil

Cansativo

98. Comentários (se houver):

APÊNDICE C – Quadros de análise das proposições

Proposição 1 do consenso

Competência 1	-Compreender o processo de envelhecimento populacional que ocorre no Brasil e no mundo (transição demográfica e epidemiológica), suas causas e consequências, bem como a importância das informações em saúde como recurso de planejamento da Atenção à Saúde do Idoso.
Após hierarquia de verbos	Sem alterações
Após o pré-teste	Sem alterações
Após o inquérito	1 -Compreender o processo de envelhecimento populacional que ocorre no Brasil e no mundo (transição demográfica e epidemiológica), suas causas e consequências, bem como a importância das informações em saúde como recurso de planejamento da Atenção à Saúde do Idoso.
Concordância	95,4%
Comentários e sugestões	<p>Pré-teste: Um participante considerou que, independentemente da área de atuação do egresso, é muito provável que ele tenha um número significativo de pacientes idosos, e é esse público que demanda mais dos serviços de saúde; assim sendo, conhecer as demandas é essencial para um bom planejamento para essa população.</p> <p>Inquérito: Um participante ressaltou a importância em dominar conhecimentos de demografia e análise epidemiológica ligada ao envelhecimento populacional, e outro participante considerou que, com o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional com consequente maior incidência de doenças relacionadas a esse grupo de indivíduos, também aumento da mortalidade e diminuição da qualidade de vida, o egresso necessita conhecimento desse processo para que possa implantar medidas preventivas e terapêuticas específicas para esse grupo populacional.</p>

Proposição 2 do consenso

Competência 2	-Conhecer a evolução histórica da Política Social do Idoso no Brasil, as Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidados para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa e toda a legislação vigente incluindo o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), além de compreender a estrutura de funcionamento da Política Nacional da Saúde da Pessoa, de modo a auxiliar a pessoa idosa a vivenciar a sua plena cidadania através do exercício dos direitos e deveres estabelecidos.
----------------------	--

Após hierarquia de verbos	2-Conhecer a evolução histórica da Política Social do Idoso no Brasil, as Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidados para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa e a legislação vigente incluindo o Estatuto do Idoso. 2.1 Compreender a estrutura de funcionamento da Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa, de modo a auxiliar o idoso a vivenciar a sua plena cidadania através do exercício dos direitos e deveres estabelecidos.
Após o pré-teste	2-Conhecer a evolução histórica da Política Social do Idoso no Brasil e as Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidados para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa. 2.1-Reconhecer os pontos-chave da legislação vigente, incluindo o Estatuto do Idoso, que impactam as decisões do dia a dia do médico. 2.2-Dentre os pontos-chave da legislação que impactam as decisões do dia a dia do médico, são importantes: -Tomadas de decisão em pacientes com declínio cognitivo -Diretivas antecipadas da vontade -Uso de nutrição parenteral -Reanimação cardiopulmonar -Ortotanásia/distanásia (retirada ou manutenção de tratamento médico) -Violência contra o idoso 2.3-Compreender a estrutura de funcionamento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, reconhecendo momentos em que não pode deixar de atuar, de modo a auxiliar o idoso a vivenciar a sua plena cidadania através do exercício dos direitos e deveres estabelecidos.
Após o inquérito	2-Conhecer a evolução histórica da Política Social do Idoso no Brasil (e de outros países) e as Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidados para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa. 2.1-Reconhecer os pontos-chave da legislação vigente, incluindo o Estatuto do Idoso, que impactam as decisões do dia a dia do médico. 2.2-Dentre os pontos-chave da legislação que impactam nas decisões do dia a dia do médico, são importantes: -Tomadas de decisão em pacientes com declínio cognitivo -Violência contra o idoso -Diretivas antecipadas da vontade Obtiveram concordância < 75%: -Ortotanásia/distanásia -Reanimação cardiopulmonar -Uso de nutrição parenteral Temas sugeridos para inclusão: -Iatrogenia/Prevenção quaternária*

-
- Cuidados paliativos (engloba ortotanásia/distanásia)
 - Legislação sobre cuidadores de idosos (familiares ou não)
-

2.3-Compreender a estrutura de funcionamento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, reconhecendo momentos em que não pode deixar de atuar, de modo a auxiliar o idoso a vivenciar a sua plena cidadania através do exercício dos direitos e deveres estabelecidos.

***Prevenção quaternária** foi definida de forma direta e simples como a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. Portanto, optou-se por acrescentar ao tema Iatrogenia.

Proposição 3 do consenso

Competência 3 atribuída ao residente pela SBGG	<ul style="list-style-type: none"> -Conhecer e identificar as principais modificações morfológicas decorrentes do processo de envelhecimento e correlacionar com a dificuldade de avaliação do indivíduo idoso.
Após hierarquia de verbos	<ul style="list-style-type: none"> 3. Conhecer as principais modificações morfológicas decorrentes do processo de envelhecimento e correlacionar com a dificuldade de avaliação do indivíduo idoso. <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Identificar as principais modificações morfológicas decorrentes do processo de envelhecimento e correlacionar com a dificuldade de avaliação do indivíduo idoso.
Após o pré-teste	<ul style="list-style-type: none"> 3-Reconhecer as modificações morfológicas mais prevalentes decorrentes do processo de envelhecimento (senescênci). 3.1- Reconhecer as modificações morfológicas decorrentes do processo de envelhecimento nos seguintes tópicos: <ul style="list-style-type: none"> -Composição corporal: diminuição da água intracelular e aumento de gordura corporal -Pele seca e espessada, menos elástica, propensa a câncer de pele -Flacidez de pálpebras, ptose senil -Diminuição de glândulas sudoríparas (dificuldade de termorregulação) -Sarcopenia: redução de massa muscular, fraqueza muscular -Alterações cardiovasculares -Alterações do sistema nervoso central -Alterações cognitivas e comportamentais -Alterações de marcha, postura e equilíbrio -Distúrbios do sono -Alterações de memória -Alterações do sistema respiratório

	<ul style="list-style-type: none"> -Alterações do sistema hematopoético -Alterações do sistema urinário: redução de função renal -Alterações do sistema endócrino -Alterações do sistema digestório
Após o inquérito	3-Reconhecer as modificações morfofuncionais mais prevalentes decorrentes do processo de envelhecimento (senescência).
Concordância	<p>95,4%</p> <p>3.1- Reconhecer as modificações morfofuncionais decorrentes do processo de envelhecimento nos seguintes tópicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Composição corporal: diminuição da água intracelular e aumento de gordura corporal (95,5%) -Alterações cardiovasculares (95,5%) -Sarcopenia: redução de massa muscular, fraqueza muscular (95,5%) -Alterações de marcha, postura e equilíbrio (95,5%) -Alterações de memória (90,9%) -Alterações do sistema nervoso central (90,9%) -Alterações cognitivas e comportamentais (90,9%) -Distúrbios do sono (81,8%) -Diminuição de glândulas sudoríparas (dificuldade de termorregulação) (77,3%) -Alterações do sistema urinário: redução de função renal (77,3%) <p>Concordância < 75%</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alterações do sistema digestório (72,7%) -Alterações do sistema endócrino (72,7%) -Alterações de sistema respiratório (68,2%) -Pele seca e espessada, menos elástica, propensa a câncer de pele (68,2%) -Alterações do sistema hematopoético (59,1%) -Flacidez de pálpebras, ptose senil (54,5%) <p>Temas sugeridos para inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alterações na visão e na audição <p>3.2-Correlacionar o reconhecimento destas alterações morfofuncionais com a dificuldade de avaliação do indivíduo idoso (senescência X senilidade)</p>
Concordância	95,5%
Comentários e sugestões	<p>Pré-teste: Tópico 3: Um dos participantes considerou o termo “principais” com uma possibilidade de variação muito grande e sugeriu mais especificidade, conforme a seguir: mais prevalentes / maior custo-benefício social / maior morbimortalidade / reversíveis ou administráveis.</p> <p>Tópico 3.1: Um dos participantes afirmou não ter entendido a diferença entre as duas perguntas. Comentou sobre não usar o verbo “conhecer” por ele não ser observável, e sugeriu a troca para “reconhecer” (equivalente a “identificar”).</p>

Inquérito: Tópicos 3 e 3.1: Um dos participantes considerou que todos os tópicos são importantes, outro reafirmou que a fisiologia do idoso (diferentemente da fisiologia do adulto) deve ser compreendida para a adequada atenção e cuidado de saúde nos seus aspectos preventivos e assistenciais. Sugeriram também acrescentar alterações na visão, na audição e fragilidade.

Tópico 3.2: Um dos participantes considerou de fundamental importância o conhecimento das alterações morfológicas da pessoa idosa e suas repercussões. Importante também desmistificar a expressão “é da idade”.

Proposição 4 do consenso

Competência 5 atribuída ao residente pela SBGG	-Reconhecer a influência das condições sociais, psicológicas e culturais sobre o estado de saúde dos idosos.
Após hierarquia de verbos	Sem alterações
Após o pré-teste	Sem alterações
Após o inquérito	4-Reconhecer a influência das condições sociais, psicológicas, ambientais, religiosas, culturais e familiares sobre o estado de saúde dos idosos.
Concordância	100%
Comentários e sugestões	<p>Pré-teste: sem sugestões</p> <p>Inquérito: Os participantes sugeriram acrescentar “ambientais, religiosos e familiares”. Consideraram contextualizar o dia a dia do idoso e propor medidas de incremento de qualidade de vida.</p>

Proposição 5 do consenso

Competência 6 atribuída ao residente pela SBGG	-Aplicar as técnicas de comunicação verbal e não verbal junto ao paciente idoso.
Após hierarquia de verbos	Sem alterações
Após o pré-teste	5. Comunicar de forma adequada com o paciente idoso, com empatia, confiança, uso de reforço positivo, humor, cortesia também usando linguagem corporal (sorriso, contato visual), respeitando as limitações sensoriais e cognitivas e evitando terminologia médica, falta de sinceridade, atitudes autoritárias, mudança repentina de assunto e hostilidade.
Após o inquérito	5. Comunicar de forma adequada com o paciente idoso (e acompanhante), com respeito, empatia, confiança, uso de reforço positivo, humor e cortesia, também usando linguagem corporal (sorriso, contato visual), considerando as limitações sensoriais e

	cognitivas e evitando terminologia médica, falta de sinceridade, atitudes autoritárias, mudança repentina de assunto e hostilidade.
Concordância	95,5%
Comentários e sugestões	<p>Pré-teste: Um dos participantes considerou muito abrangente, não conseguiu ter clareza do que são essas técnicas de comunicação. Comentou também que, para definir um currículo, essa clareza é muito importante.</p> <p>Inquérito: Um dos participantes sugeriu que esse tipo de comunicação seja extensivo ao acompanhante. Outro considerou importante que as informações entre pacientes e familiares sejam uniformes. Outro afirmou que a aquisição de habilidades de comunicação deve ser uma preocupação no preparo dos alunos das faculdades de Medicina, que o respeito ao idoso é importante. Então, sugeriram utilizar as bases da medicina centrada na pessoa que comprehende o paciente idoso como um todo e trabalha a decisão compartilhada.</p>

Proposição 6 do consenso

Competência 7 atribuída ao residente pela SBGG	-Conhecer as peculiaridades da anamnese e do exame físico do paciente idoso e ter habilidades na realização destes.
Após hierarquia de verbos	<p>6. Conhecer as peculiaridades da anamnese e do exame físico do paciente idoso.</p> <p>6.1 Ter habilidades na realização da anamnese e exame físico do paciente idoso.</p>
Após o pré-teste	6. Ter habilidade na realização da anamnese e do exame físico do paciente idoso, reconhecendo as suas peculiaridades.
Concordância	100%
Após o inquérito	6. Ter habilidade na realização da anamnese e do exame físico do paciente idoso, reconhecendo as suas peculiaridades e o estado clínico-funcional.
Comentários e sugestões	<p>Pré-teste: Tópico 6: um dos participantes considerou que faltou clareza sobre o que se espera do aluno.</p> <p>Tópico 6.1: Um dos participantes sugeriu especificar melhor os “diferenciais” da consulta do idoso, e houve referência sobre como “conhecer” é um verbo complicado, com o comentário de que a sequência ideal seria “reconhecer” a necessidade de um teste, realizá-lo, interpretá-lo e tomar decisão a partir do seu resultado.</p> <p>Inquérito: Dentro os comentários, destaca-se que o graduando deve fazer uma boa avaliação clínico-funcional; consideram também a importância de realizar uma anamnese com o acompanhante e que o profissional deve sentir-se bem e confortável em contato com o idoso e vice-versa. Referiram que essas habilidades devem ter uma atenção muito especial nas escolas de Medicina, devendo ser exaustivo o preparo para seu exercício para com o paciente geriátrico.</p>

Proposição 7 do consenso

Competência 8 atribuída ao residente pela SBGG	-Compreender as grandes Síndromes Geriátricas (“Gigantes da Geriatria”): insuficiência cognitiva, imobilidade, instabilidade postural e quedas, incontinência, iatrogenia, suas causas e consequências.
Após hierarquia de verbos	7. Compreender as grandes Síndromes Geriátricas (“Gigantes da Geriatria”): insuficiência cognitiva, imobilidade, instabilidade postural e quedas, incontinência, iatrogenia.
Após o pré-teste	7. Reconhecer as grandes Síndromes Geriátricas (“Gigantes da Geriatria”): insuficiência cognitiva, imobilidade, instabilidade postural e quedas, incontinência, iatrogenia.
Após o inquérito	7. Reconhecer as grandes Síndromes Geriátricas (“Gigantes da Geriatria”): insuficiência cognitiva, imobilidade, instabilidade postural e quedas, incontinência, iatrogenia, incapacidade comunicativa e insuficiência familiar (reconhecer todas, abordar as mais simples e referenciar as mais complexas).
Concordância	95,5%
Comentários e sugestões	<p>Pré-teste: Um dos participantes questionou o verbo “compreender”, afirmando que, para o nível de Graduação, não se pode exigir conhecimento e/ou habilidades que só se alcançam com anos de especialidade. Sugeriu o verbo “reconhecer”, no sentido de reconhecer todas, mas abordar as mais simples e referenciar as mais complexas para o especialista.</p> <p>Inquérito: O tópico foi considerado muito importante dentro da avaliação clínico-funcional. Os participantes consideraram acrescentar incapacidade comunicativa e insuficiência familiar, julgando ser um item muito importante dentro da avaliação clínico funcional. Comentaram que, além dos “gigantes da geriatria” (termo proposto na literatura estrangeira), deveria ser criado e instituído novos e adequados parâmetros destinados ao povo brasileiro (latinos em sua maioria), com comportamento social e resposta biológica distintas. Foi considerado importante reconhecer a repercussão destes achados na funcionalidade do paciente, sempre encaminhando ao especialista em caso de dúvidas.</p>

Proposição 8 do consenso

Competência 9 atribuída ao residente pela SBGG	-Compreender a importância da Avaliação Geriátrica Ampla/Avaliação Geriátrica Global na avaliação multidimensional do idoso, e ter habilidade e destreza para sua realização e no manejo dos principais instrumentos e escalas utilizados.
---	--

Após hierarquia de verbos	<p>8. Compreender a importância da Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.</p> <p>8.1 Ter habilidade e destreza para realização da Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.</p> <p>8.2 Ter habilidade e destreza no manejo dos principais instrumentos e escalas utilizados na Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.</p>
Após o pré-teste	<p>8. Compreender a importância da Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.</p> <p>8.1 Ter habilidade para realização da Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.</p> <p>8.2 Ter habilidade no manejo dos instrumentos e escalas mais utilizados na Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.</p> <p>8.3 Em relação aos instrumentos e escalas mais utilizados no rastreio da incapacidade funcional do idoso, assinale abaixo quais você considera que o egresso necessite ter habilidade em utilizar ao terminar o curso de graduação:</p> <p> Escala de Katz: escala de independência para atividades básicas de vida diária.</p> <p> Escala de Lawton: escala de atividades instrumentais da vida diária.</p> <p> Mini-Cog: avaliação de funções cognitivas</p> <p> Avaliação funcional breve</p> <p> Miníexame do estado mental (MEEM)</p> <p> Teste do desenho do relógio MoCA: Montreal Cognitive Assessment</p> <p> Teste de fluência verbal</p> <p> CES-D: escala de depressão do Center for Epidemiological Studies</p> <p> GDS-15: escala de depressão geriátrica</p> <p> Questionário de atividades funcionais de Pfeffer</p> <p> Caregiver abuse screen (CASE): Rastreio de violência doméstica</p> <p> Zarit Burden Interview: escala para avaliação de sobrecarga do cuidador</p> <p> MAN: Miniavaliação nutricional</p> <p> POMA: Performance-oriented mobility assessment</p>
Após o inquérito	<p>8. Compreender a importância da Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.</p>
Concordância	<p>86,3%</p> <p>8.1 Ter habilidade para realização da Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.</p>
Concordância	<p>86,4%</p> <p>8.2 Ter habilidade no manejo dos instrumentos e escalas mais utilizados na Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.</p>
Concordância	<p>90,9%</p>

8.3 Em relação aos instrumentos e escalas mais utilizados no rastreio da incapacidade funcional do idoso, o egresso necessita ter habilidade em utilizar ao terminar o curso de Graduação:

Escala de Katz: escala de independência para atividades básicas de vida diária (90,9% concordam)

Miníexame do estado mental (MEEM) (86,4% concordam)

Concordância < 75%

Escala de Lawton: escala de atividades instrumentais da vida diária (72,7% concordam)

GDS-15: escala de depressão geriátrica (68,2% concordam)

Avaliação funcional breve (63,6% concordam)

Teste do desenho do relógio (63,6% concordam)

MAN: Miniavaliação nutricional (59,1% concordam)

Mini-Cog: avaliação de funções cognitivas (54,5% concordam)

Zarit Burden Interview: escala para avaliação de sobrecarga do cuidador (45,5% concordam)

Caregiver abuse screen (CASE): Rastreio de violência doméstica (40,9% concordam)

Questionário de atividades funcionais de Pfeffer (36,4% concordam)

CES-D: escala de depressão do Center for Epidemiological Studies (13,6% concordam)

MoCA: Montreal Cognitive Assessment (13,6% concordam)

Teste de fluência verbal (11% concordam)

POMA: Performance-oriented mobility assessment (9,1% concordam)

Testes sugeridos para inclusão:

Reconhecimento da medida de força na sua versão quantitativa ou qualitativa (dinamômetro ou teste da cadeira)

Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional (IVCF-20)

Time get up and go

Teste do Relógio

Lista de palavras do Cerdad

Teste de Reconhecimento de Figuras

Clinical Dementia Rating (CDR)

Comentários e sugestões	<p>Pré-teste: Tópico 8: Sem sugestões</p> <p>Tópico 8.1: Um dos participantes comentou ter entendido a sequência de perguntas sobre o mesmo tema, afirmando que assim é mais fácil delimitar o que o generalista precisa ou não fazer, pois ele não precisa saber tudo.</p> <p>Tópico 8.2: um dos participantes solicita melhor definição para “principais” e considera a palavra “destreza” inadequada (afirmando que esta vem com a prática); considera não ser necessário dominar todos os instrumentos e escalas, mas aqueles</p>
--------------------------------	--

que fazem rastreio de cada domínio que compõe a avaliação multidimensional. Sugerem definir quais escalas devem ser utilizadas. Outro participante também questiona a palavra “destreza”, acreditando que esta deva ser competência do especialista.

Inquérito: Tópico 8: Um dos participantes afirma que as escolas médicas devem dar uma atenção especial ao cuidado com o paciente idoso, e levanta também a necessidade de anamnese e exame físico completos, com ou sem o roteiro da avaliação geriátrica ampla. Outro acredita ser importante o egresso de Medicina saber indicar a avaliação geriátrica ampla, quando necessário, afirmando que, para isso, ele deve ter a habilidade de estratificar o idoso de risco (estratificação: idoso robusto, moderado risco e alto risco) por meio de ferramentas validadas no Brasil para essa estratificação, como o IVCF-20 e o VES-13, para definir um plano de cuidados individualizado.

Tópico 8.1: Um dos participantes sugere que o egresso de Medicina reconheça as etapas da avaliação da AGA.

Tópico 8.2: Consideraram a AGA muito importante, bem como reconhecer as condições que interferem na qualidade de vida do indivíduo. Mesmo que este não domine os instrumentos, necessita perceber o domínio alterado e buscar ajuda. Sugeriram nova competência: aplicar o IVCF-20.

Tópico 8.3: Alguns participantes afirmaram não ter conhecimento importante sobre as escalas, sugerindo que elas devam ser mais divulgadas e discutidas durante o curso de Graduação. Outros sugeriram avaliar todas, inclusive em relação ao uso, abuso, origem da escala e sua correlação cultural. Alguns sugeriram acrescentar novos testes, como: reconhecimento da medida de força na sua versão quantitativa ou qualitativa (dinamômetro ou teste da cadeira), aplicação do IVCF 20, Time get up and go, Teste do Relógio, Lista de palavras do Cerdad, Teste de Reconhecimento de Figuras e Clinical Dementia Rating (CDR)

Proposição 9 do consenso

Competência 10 atribuída ao residente pela SBGG	-Reconhecer as peculiaridades da apresentação das doenças mais comuns no idoso, bem como as manifestações atípicas dos agravos à saúde nessa população.
--	---

Após hierarquia de verbos	Sem alterações
----------------------------------	----------------

Após o pré-teste	9-Reconhecer as peculiaridades da apresentação das doenças mais prevalentes no idoso, bem como as manifestações atípicas dos agravos mais comuns à saúde nessa população. 9.1 -CONDIÇÕES MÉDICAS MAIS COMUNS: Marque as patologias mais comuns em idosos que os graduados devem identificar:
-------------------------	---

	<p>Dor crônica</p> <p>Demência e Delirium</p> <p>Maus-tratos: físico, psicológico, financeiro e sexual</p> <p>Quedas e distúrbios do movimento</p> <p>Audição e distúrbios da visão</p> <p>Desnutrição e sarcopenia</p> <p>Úlceras de pressão</p> <p>Incontinências urinária e fecal</p> <p>Doenças cardiovasculares (incluindo ICC e HAS)</p> <p>Doença vascular cerebral e acidente vascular cerebral</p> <p>DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) e pneumonia</p> <p>Depressão</p> <p>Diabetes</p> <p>Distúrbio hidroelectrolítico</p> <p>Osteoporose</p> <p>Insuficiência renal</p>
Após o inquérito	9-Reconhecer as peculiaridades da apresentação das doenças mais prevalentes no idoso, bem como as manifestações atípicas dos agravos mais comuns à saúde nessa população.
Concordância	<p>100%</p> <p>9.1 CONDIÇÕES MÉDICAS MAIS COMUNS (que os graduados devem identificar):</p> <p>Doença vascular cerebral e acidente vascular cerebral (95,5% concordaram)</p> <p>Depressão 95,5%</p> <p>Quedas e distúrbios do movimento (90,9% concordaram)</p> <p>Dor crônica (86,4% concordaram)</p> <p>Demência e Delirium (86,4% concordaram)</p> <p>Desnutrição e sarcopenia (86,4% concordaram)</p> <p>Doenças cardiovasculares (incluindo ICC e HAS) (86,4% concordaram)</p> <p>Incontinências urinária e fecal (86,4% concordaram)</p> <p>Maus-tratos: físico, psicológico, financeiro e sexual (86,4% concordaram)</p> <p>Audição e distúrbios da visão (81,8% concordaram)</p> <p>Distúrbio hidroelectrolítico (77,3% concordaram)</p> <p>Osteoporose (77,3% concordaram)</p> <p>Concordância < 75%</p> <p>Úlceras de pressão (72,7% concordaram)</p> <p>DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) e pneumonia (72,7% concordaram)</p> <p>Diabetes (68,2% concordaram)</p> <p>Insuficiência renal (68,2% concordaram)</p>

	Temas sugeridos para inclusão:
	Distúrbios do sono
	Iatrogenia e polifarmácia
	Bacteriúria assintomática
	Instabilidades posturais e quedas
	Constipação intestinal
	Disfagia e pneumonia aspirativa
Comentários e sugestões	<p>Pré-teste: Tópico 9: Sugeriram trocar “mais comuns” por “prevalentes”. Questionaram se seriam manifestações atípicas de todos os agravos, dos mais comuns ou dos com maior morbimortalidade. Sugeriram acrescentar as condições médicas mais comuns.</p> <p>Tópico 9.1 Um dos participantes acha que o importante não é conhecer, mas quanto conhecer (“espero que ele reconheça, ou melhor, desconfie de todas, mas não espero que ele conheça o tratamento do idoso com insuficiência renal estágios 4 ou 5, nem que saiba tratar osteoporose ou faça diagnóstico diferencial que às vezes é bastante difícil entre ICC e DPOC, ou que faça diagnóstico de um paciente com retenção urinária sem causa aparente, mas que saiba o que referenciar para a urgência. Quanto à doença cerebrovascular, por exemplo, quero que ele conheça as estratégias de prevenção, que cuide do idoso na fase crônica etc.”). Consideraram importante reconhecer as urgências e emergências médicas.</p> <p>Inquérito: Tópico 9: Um dos participantes acha de grande importância essas peculiaridades, devido à presença de manifestações atípicas em muitos casos na população idosa. Outro considera que deve ser dada uma atenção muito especial no atendimento a esses indivíduos, com o ensino desses cuidados nas escolas médicas, e ter a formação junto a professores que atuem diretamente com idosos, com vasta experiência no atendimento cotidiano, seja em consultas de rotina, seja nas urgências e emergências, pois assim os alunos entenderão a dimensão do atendimento diferenciado nessa faixa etária. Os professores atuais são doutores na sua maioria, e inábeis no atendimento dos idosos: são teóricos sem prática, e isso é extremamente prejudicial para a adequada formação do profissional de saúde.</p> <p>Tópico 9.1: Consideraram rever doenças cardiovasculares, diabetes e doença renal, pois são muito importantes, mas são vistas em conteúdo de saúde do adulto, clínica médica, portanto acham mais relevante considerar mais os assuntos mais específicos do idoso e que não são discutidos em outras unidades curriculares. Também sugeriram acrescentar distúrbios do sono, iatrogenia e polifarmácia, bacteriúria assintomática, instabilidades posturais e quedas, constipação intestinal, disfagia e pneumonia aspirativa.</p>

Proposição 10 do consenso

Competência 11 atribuída ao residente pela SBGG	-Manejar pacientes portadores de múltiplas afecções, considerando as possíveis interações entre elas, bem como o risco e o benefício de cada procedimento e/ou tratamento.
Após hierarquia de verbos	<p>10. Manejar pacientes portadores de múltiplas afecções, considerando as possíveis interações entre elas.</p> <p>10.1 Manejar pacientes portadores de múltiplas afecções, considerando o risco e o benefício de cada procedimento e/ou tratamento.</p>
Após o pré-teste	<p>10. Manejar (dentro de seus limites, pedindo ajuda sempre que necessário) pacientes portadores de múltiplas afecções, considerando as possíveis interações entre elas.</p> <p>10.1 Manejar (dentro dos seus limites, pedindo ajuda sempre que necessário) pacientes portadores de múltiplas afecções, considerando o risco e o benefício de cada procedimento e/ou tratamento.</p>
Após o inquérito	10. Manejar (dentro de seus limites) pacientes portadores de múltiplas afecções, considerando as possíveis interações entre elas, utilizando apoio de equipe multidisciplinar e especialistas, quando necessário.
Concordância	100%
	10.1 Manejar (dentro dos seus limites) pacientes portadores de múltiplas afecções, considerando o risco e benefício de cada procedimento e/ou tratamento, utilizando apoio de equipe multidisciplinar e especialistas quando necessário.
Concordância	100%
Comentários e sugestões	<p>Pré-teste: Tópico 10: Um dos participantes sugeriu mudar o termo para “conhecer as dificuldades e as principais diretrizes” no lugar de “manejar” (considerou o termo muito complexo). Outro ressaltou “manejar dentro dos seus limites, pedindo ajuda sempre que necessário”.</p> <p>Tópico 10.1: Sem comentários</p> <p>Inquérito: Tópico 10: Vários participantes ressaltaram a importância da equipe multidisciplinar, considerando de extrema importância a interação de outras especialidades e a não exposição desses pacientes a consultas e exames dispensáveis, utilizando suporte de outros profissionais no cuidado dos que envelhecem. Um referiu que o poder de se trabalhar em equipe inter e multidisciplinar deve ser enfatizado aos alunos, para evitarem o afã de agirem sozinhos, desgastando-se e angustiando-se por não possuírem as ferramentas necessárias à solução dos problemas, ou seja, ensinar e aprender continuamente. Outro considerou saber identificar os idosos que apresentam polimorbididades e em polifarmácia, pois a segunda pode ser a causa de primeira.</p> <p>Tópico 10.1: Um dos participantes reforçou a preocupação em não expor esses pacientes a avaliações e exames potencialmente desnecessários.</p>

Proposição 11 do consenso

Competência 12 atribuída ao residente pela SBGG	-Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas e realizar o rastreamento destas doenças em idosos.
Após hierarquia de verbos	11. Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas em idosos. 11.1 Realizar o rastreamento de doenças crônicas em idosos.
Após o pré-teste	11. Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas em idosos. 11.1 Ser capaz de realizar o rastreamento em idosos de doenças crônicas cujo diagnóstico precoce, comprovadamente, gere benefício real ao paciente.
Após o Inquérito	11. Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas com alta taxa de complicações em idosos.
Concordância	95,5%
	11.1 Ser capaz de realizar o rastreamento em idosos de doenças crônicas cujo diagnóstico precoce, comprovadamente, gere benefício real ao paciente, considerando a funcionalidade.
Concordância	100%
Comentários e sugestões	<p>Pré-teste: Tópico 11: Sem comentários</p> <p>Tópico 11.1: Um participante salientou a importância de realizar o rastreamento de doenças crônicas em idosos, porém doenças cujo diagnóstico precoce, comprovadamente, gere benefício real ao paciente.</p> <p>Inquérito: Tópico 11: Ressaltaram a importância da compressão da morbidade*, a necessidade de controle adequado de enfermidades com alta taxa de complicações graves, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, entre outras, e a necessidade de exercitar a prevenção quaternária.</p> <p>Tópico 11.1: Um dos participantes sugeriu que o discente fosse capaz de realizar prevenção primária, secundária, terciária e quaternária, e afirmou que o rastreamento de doenças em idosos necessita ser criterioso por não ser apenas a idade que dita a necessidade para rastreamento de certas doenças (aqui, novamente subentende-se a importância da funcionalidade). Outro participante considerou de fundamental importância esse rastreamento, devido à possibilidade de um bom controle da doença de base, gerando aumento da qualidade de vida e diminuição de custos financeiros no tratamento de possíveis complicações.</p>

Proposição 12 do consenso

Competência 13 atribuída ao residente pela SBGG	-Manejar pacientes idosos nas principais situações de urgência e emergência, bem como pacientes em estado crítico.
Após hierarquia de verbos	Sem alterações
Após o pré-teste	12. Realizar atendimento inicial e transportar com segurança pacientes idosos nas principais situações de urgência e emergência, bem como pacientes em estado crítico para os serviços de urgência.
Após o inquérito	12. Realizar atendimento inicial e transportar com segurança pacientes idosos nas principais situações de urgência e emergência, bem como pacientes em estado crítico para os serviços de urgência.
Concordância	81,8%
Comentários e sugestões	<p>Pré-teste: Tópico 12: Um dos participantes atentou para o fato de não ser possível formar super-heróis que deem conta de tudo, portanto o graduando necessita realizar um atendimento inicial decente e transportar com segurança e responsabilidade para serviços de urgência. As urgências e emergências seriam dos médicos mais experientes.</p> <p>Inquérito: Um dos participantes considera que cursos como ACLS, ATLS, PHTLS, entre outros, deveriam ser realizados pelos alunos do último ano da faculdade de Medicina.</p>

Proposição 13 do consenso

Competência 14 atribuída ao residente pela SBGG	Identificar o idoso sarcopênico, frágil ou em risco de fragilidade e programar medidas para sua prevenção, tratamento e reabilitação.
Após hierarquia de verbos	13. Em relação à sarcopenia e fragilidade, o egresso deverá: identificar o idoso sarcopênico, frágil ou em risco de fragilidade.
OBS: O verbo se manteve; somente foram realizadas alterações na estrutura do tópico, a fim de melhorar sua compreensão.	<p>13.1 Em relação à sarcopenia e fragilidade, o egresso deverá: programar medidas para sua prevenção.</p> <p>13.2 Em relação à sarcopenia e fragilidade o egresso, deverá: programar medidas para tratamento e reabilitação.</p>
Após o pré-teste	<p>13. Em relação à sarcopenia e fragilidade, o egresso deverá: reconhecer o idoso sarcopênico, frágil ou em risco de fragilidade.</p> <p>13.1 Em relação à sarcopenia e fragilidade, o egresso deverá: programar medidas para sua prevenção.</p> <p>13.2 Em relação à sarcopenia e fragilidade, o egresso deverá: programar medidas para tratamento e reabilitação.</p>
Após o inquérito	13. Em relação à sarcopenia e fragilidade, o egresso deverá: reconhecer o idoso sarcopênico, frágil ou em risco de fragilidade.

Concordância	95,5%
	13.1 Em relação à sarcopenia e fragilidade, o egresso deverá: programar medidas para sua prevenção.
Concordância	95,5%
	13.2 Em relação à sarcopenia e fragilidade, o egresso deverá: orientar medidas para tratamento e reabilitação, utilizando apoio de equipe multidisciplinar e especialistas quando necessário.
Concordância	90,5%
Comentários e sugestões	<p>Pré-teste: Tópico 13: Sem comentários</p> <p>Tópico 13.1: Sem comentários</p> <p>Tópico 13.2: Um dos respondentes comentou a importância de um graduando reconhecer o problema para tratar, se souber, e encaminhar a quem saiba tratar, caso não tenha segurança em conduzir o tratamento.</p> <p>Inquérito: Tópico 13: um dos participantes solicitou que fosse definido o conceito de fragilidade*, outro comentou que o egresso do curso deve estar apto para diagnóstico, conduta e orientação ao paciente e familiares em relação a possíveis acometimentos.</p> <p>13.1: Sem comentários</p> <p>13.2: Um dos participantes sugeriu que o egresso deveria ser capaz de avaliar o acompanhamento indicado para reabilitação do idoso sarcopênico, reconhecendo os critérios de melhora e piora clínica para isso. Outro considerou que o egresso necessita ter conhecimento da importância da equipe multidisciplinar no tratamento e reabilitação, no que diz respeito à fragilidade e sarcopenia do idoso.</p>

Proposição 14 do consenso

Competência 15	-Atuar em equipe interdisciplinar, reconhecendo a importância da assistência multidimensional no cuidado do idoso.
atribuída ao residente pela SBGG	
Após hierarquia de verbos	Sem alterações
Após o pré-teste	14. Atuar em equipe interdisciplinar, reconhecendo a importância da assistência multidimensional no cuidado do idoso.
Após o inquérito	14. Atuar em equipe interdisciplinar e reconhecer a importância da assistência multidimensional no cuidado do idoso.
Concordância	100% (todos marcaram 6: concordo plenamente)

Comentários e sugestões	<p>Pré-teste: Tópico 14: Um dos participantes considerou o item “fácil dizer, porém difícil fazer”, que a questão é mais atitudinal, que é plausível querer que os alunos saiam do curso reconhecendo que não serão capazes de oferecer cuidado digno sozinhos, que vão precisar de ajuda e que todas as profissões de saúde são igualmente importantes, ainda que a liderança frequentemente deva ser exercida pelo médico, sendo uma liderança positiva.</p> <p>Inquérito: Tópico 14: Um dos participantes considerou que o atendimento multidisciplinar é importantíssimo, e que é necessário reconhecer falhas e limitações nos modelos vigentes. Outro, que deveria haver mais integração entre os cursos de interesse no tratamento das pessoas idosas durante a Graduação, pois dessa forma os egressos estariam mais preparados para a assistência multidisciplinar em saúde do idoso.</p>
--------------------------------	--

Proposição 15 do consenso

Competência 16 atribuída ao residente pela SBGG	-Identificar as modalidades da rede de cuidado de longo prazo na atenção ao idoso, como: Centro-dia, Hospital-dia, Internamento domiciliar, Cuidadores de idosos e Instituições de Longa Permanência para Idosos, bem como as indicações de cada.
Após hierarquia de verbos	Sem alterações
Após o pré-teste	15. Identificar pacientes que requerem rede de cuidado de longo prazo na atenção ao idoso, como: Centro-dia, Hospital-dia, Internamento domiciliar, Cuidadores de idosos e Instituições de Longa Permanência para Idosos — estar familiarizado com as opções.
Após inquérito	15. Identificar pacientes que requerem rede de cuidados de longo prazo na atenção ao idoso e estar familiarizado com as opções: Centro-dia, Hospital-dia, Internamento domiciliar, Cuidadores de idosos e Instituições de Longa Permanência para Idosos; saber acionar essas instituições para realizar um encaminhamento responsável (avaliando com cautela o suporte familiar) e mantendo um acompanhamento compartilhado.
Concordância	100%
Comentários e sugestões	<p>Pré-teste: Tópico 15: Um dos participantes considerou que talvez não seja tão importante que o egresso saiba a diferença ou as indicações precisas de cada uma delas entre as opções da rede de cuidados de longo prazo, mas necessita estar familiarizado com as opções e reconhecer os pacientes que requerem esse tipo de atenção, bem como solicitar ajuda se necessário.</p> <p>Inquérito: Tópico 15: Um dos participantes considerou que o egresso precisa ter em mente que a maioria dos idosos gostaria de estar na sua própria casa durante o seu envelhecer, e que a institucionalização ou similares deveria ser a última das opções a serem tomadas, portanto ele necessita saber identificar o paciente, reconhecer como</p>

acionar essas instituições e realizar um encaminhamento responsável, tendo muita cautela na avaliação do suporte familiar, bem como mantendo um acompanhamento compartilhado.

Proposição 16 do consenso

Competência 17	-Identificar os riscos que predispõem a institucionalização de idosos.
atribuída ao residente	
pela SBGG	
Após hierarquia de	Sem alterações
verbos	
Após o pré-teste	16. Identificar os fatores de risco que predispõem a institucionalização de idosos (ex.: falta de atividade física, dificuldade de marcha, demência, sequela de AVC, medicamentos) e elaborar estratégias de prevenção.
Após o inquérito	16. Identificar os fatores de risco que predispõem a institucionalização de idosos (ex.: falta de atividade física, dificuldade de marcha, demência, sequela de AVC, medicamentos) e elaborar estratégias de prevenção.
Concordância	95,5%
Comentários e	
sugestões	<p>Pré-teste: Um dos participantes referiu não ter entendido bem a questão, citou como exemplo um idoso em risco de institucionalização futura por questões sociais e interrogou sobre o que se espera nesse exemplo: que o egresso aprenda a atuar junto com um assistente social ou líder de comunidade prevenindo a possível institucionalização? Afirmou também que identificar e não ter recursos para atuar tornaria a situação muito frustrante.</p> <p>Inquérito: Um dos participantes afirmou que atividades presenciais em hospitais e instituições de longa permanência, além de metodologias ativas durante o curso de Medicina, são fundamentais para que o egresso tenha conhecimento e exerça as estratégias de promoção e prevenção em saúde, afirmando ainda que o egresso deve estar apto a essas práticas em todas as faixas etárias.</p>

Proposição 17 do consenso

Competência 18	-Compreender a importância da saúde baseada em evidências e sua utilização na prática clínica, bem como suas limitações de aplicação junto à população idosa.
atribuída ao residente	
pela SBGG	
Após hierarquia de	Sem alterações
verbos	
Após o pré-teste	Sem alterações

Após o inquérito	17. Compreender a importância da saúde baseada em evidências e sua utilização na prática clínica, bem como suas limitações de aplicação junto à população idosa.
Concordância	100%
Comentários e sugestões	<p>Pré-teste: Tópico 17: Sem sugestões</p> <p>Inquérito: Um dos participantes considerou de extrema importância que o egresso exerça uma medicina com base científica e que reconheça as particularidades da população geriátrica. Daí a importância do campo de prática nesses pacientes e o uso de metodologias ativas durante o curso de Graduação. Os idosos não são incluídos nos ensaios clínicos devido ao fato de terem muitas comorbidades, o que faz com que faltem evidências de tratamento nessa faixa etária, principalmente para os mais frágeis. A MBE foi considerada o conhecimento mais importante de todos para esse participante.</p>

Proposição 18 do consenso

Competência 19 atribuída ao residente pela SBGG	-Abordar os aspectos éticos, bioéticos e legais referentes ao atendimento do idoso, bem como reconhecer e intervir em condutas antiéticas e/ou ilegais.
Após hierarquia de verbos	<p>18. Abordar os aspectos éticos, bioéticos e legais referentes ao atendimento do idoso.</p> <p>18.1 Reconhecer e intervir em condutas antiéticas e/ou ilegais referentes ao atendimento do idoso.</p>
Após o pré-teste	<p>18. Conhecer pontos-chave dos aspectos éticos, bioéticos e legais referentes ao atendimento do idoso.</p> <p>18.1 Reconhecer situações de risco e intervir em condutas antiéticas e/ou ilegais referentes ao atendimento do idoso, advogando para o paciente dentro de suas limitações, inclusive emocionais.</p>
Após o inquérito	<p>18. Conhecer pontos-chave dos aspectos éticos, bioéticos e legais referentes ao atendimento do idoso.</p> <p>18.1 Reconhecer situações de risco e intervir em condutas antiéticas e/ou ilegais referentes ao atendimento do idoso, advogando para o paciente dentro de suas limitações, inclusive emocionais, com auxílio de equipe multidisciplinar e sob supervisão atenta.</p>
Concordância	90,9%
Comentários e sugestões	<p>Pré-teste: Tópico 18: O tema foi considerado muito amplo, com sugestão de escolher pontos-chave que o egresso tenha necessidade de conhecer.</p> <p>Tópico 18.1: Um dos participantes referiu que a intervenção em questões éticas nem sempre é a melhor opção, pois existem dilemas meio insolúveis. Referiu também que</p>

o importante seria reconhecer situações de risco para o idoso e advogar pelo paciente dentro de suas limitações, inclusive emocionais.

Inquérito: Tópico 18 e 18.1: Um dos participantes considerou um tema importante, porém, no caso do graduando com necessidade de supervisão atenta, a imaturidade do egresso foi considerada ainda um empecilho para atuação plena nesse tema. Ainda comentaram sobre a necessidade de cautela para não tornar o idoso um tutelado, ou seja, para que não o tornemos refém de nossos cuidados, a não ser que tenham déficits intransponíveis e exijam a nossa intervenção. Afirmaram ainda que a atuação deve acontecer com muita responsabilidade, bom senso e, sempre que possível, com auxílio de uma equipe multidisciplinar. Consideraram também importante conhecer o Estatuto do Idoso.

Proposição 19 do consenso

Competência 20	-Identificar sinais de maus-tratos e violência contra a pessoa idosa, notificar as autoridades e órgãos competentes, além de manejar clinicamente os efeitos da violência.
SBGG	
Após hierarquia de verbos	<p>19. Identificar sinais de maus-tratos e violência contra a pessoa idosa.</p> <p>19.1 Notificar as autoridades e órgãos competentes maus-tratos contra a pessoa idosa.</p> <p>19.2 Manejar clinicamente os efeitos da violência contra a pessoa idosa.</p>
Após o pré-teste	<p>19. Identificar sinais de maus-tratos e violência contra a pessoa idosa.</p> <p>19.1 Notificar as autoridades e órgãos competentes maus-tratos contra a pessoa idosa (utilizando a ficha de notificação/investigação individual: violência doméstica/sexual e outras violências)</p> <p>19.2 Manejar clinicamente os efeitos da violência contra a pessoa idosa (dentro de suas limitações).</p>
Após o inquérito	19. Identificar sinais de maus-tratos e violência contra a pessoa idosa.
Concordância	100% (todos marcaram 6: concordo plenamente)
	19.1 Notificar as autoridades e órgãos competentes (utilizando a ficha de notificação/investigação individual: violência doméstica/sexual e outras violências) e acompanhar os casos de maus-tratos contra a pessoa idosa, atuando de forma responsável e levando em consideração o estado cognitivo da vítima que faz a queixa, açãoando, se necessário, suporte de assistência social.
Concordância	90,9%
	19.2 Manejar clinicamente os efeitos da violência contra a pessoa idosa (dentro de suas limitações) e sob supervisão atenta.
Concordância	100%

Comentários e sugestões	<p>Pré-teste: Tópico 19: Sem comentários</p> <p>Tópico 19.1: O tópico foi considerado uma situação crítica, ainda mais em caso de o médico ser o assistente do agressor e do agredido, fato comum na área de Medicina de Família e Comunidade. Houve questionamentos também em relação ao envolvimento de autoridades judiciais, se essa seria a melhor opção, considerando que existem situações críticas que não deixam margens para dúvidas, mas existem muitas outras que necessitam ser bem pensadas para intervir.</p> <p>Tópico 19.2: Considerou que existem efeitos que o generalista só poderá identificar, mas não vai conseguir manejar, portanto sugeriu acrescentar “dentro de suas limitações”.</p> <p>Inquérito: Tópico 19: Sem comentários.</p> <p>Tópico 19.1: Um dos participantes considerou que o egresso necessita estar preparado para frente a um caso, fazê-lo de forma responsável, dentro dos parâmetros legais, notificar e acompanhar o andamento da situação dos casos de maus-tratos, conhecer os caminhos e sempre considerar o estado cognitivo da vítima que faz a queixa, que muitas vezes é incapaz e necessitará apoio de assistência social.</p> <p>Tópico 19.2: Sugeriram acrescentar “sob supervisão atenta”.</p>
--------------------------------	--

Proposição 20 do consenso

Competência 21	-Conhecer e aplicar na prática clínica os conceitos de capacidade intrínseca e de capacidade funcional.
pela SBGG	
Após hierarquia de verbos	Sem alterações
Após o pré-teste	20. Conhecer e aplicar na prática clínica os conceitos de capacidade intrínseca (recursos físicos e mentais) e de capacidade funcional.
Após o inquérito	20. Conhecer e aplicar na prática clínica os conceitos de capacidade intrínseca (recursos físicos e mentais) e de capacidade funcional.
Concordância	90,9%
Comentários e sugestões	<p>Pré-teste: Tópico 20: Um dos participantes não soube o significado de capacidade “intrínseca*” e solicitou que questionários direcionados para não geriatras deveria evitar vocabulário que dificultaria a interpretação (esta observação condiz com o despreparo em assuntos em saúde do idoso durante a Graduação).</p> <p>Inquérito: Um dos participantes não entendeu a pergunta.</p>

Proposição 21 do consenso

Competência 4 e 22 atribuída ao residente pela SBGG	<ul style="list-style-type: none"> -Reconhecer as medicações potencialmente inapropriadas para o idoso e estabelecer estratégias adequadas para prescrição e desprescrição (prevenção quaternária). -Reconhecer as peculiaridades da farmacocinética e farmacodinâmica das drogas que ocorrem no idoso e sua aplicação prática.
Após hierarquia de verbos	<p>21. Reconhecer as medicações potencialmente inapropriadas para o idoso.</p> <p>21.1 Reconhecer as peculiaridades da farmacocinética e farmacodinâmica das drogas que ocorrem no idoso e sua aplicação prática.</p> <p>21.2 Estabelecer estratégias adequadas para prescrição e desprescrição de medicações (prevenção quaternária).</p>
Após o pré-teste	<p>21. Reconhecer as medicações gerais potencialmente inapropriadas para o idoso.</p> <p>21.1 Reconhecer as medicações “disponíveis na atenção primária do SUS” potencialmente inapropriadas para o idoso.</p> <p>21.2 Reconhecer as contraindicações relativas e absolutas de medicamentos de uso prevalente no idoso e as peculiaridades da farmacocinética e farmacodinâmica das drogas que afetem a prescrição para uso no idoso.</p> <p>21.3 Estabelecer estratégias adequadas para prescrição e desprescrição de medicações (prevenção quaternária).</p>
Após o inquérito	21. Reconhecer as medicações gerais potencialmente inapropriadas para o idoso.
Concordância	95,5%
	21.1 Reconhecer as medicações “disponíveis na atenção primária do SUS” potencialmente inapropriadas para o idoso.
Concordância	95,5%
	21.2 Reconhecer as contraindicações relativas e absolutas de medicamentos de uso prevalente no idoso e as peculiaridades da farmacocinética e farmacodinâmica das drogas que afetem a prescrição para uso no idoso.
Concordância	100%
	21.3 Estabelecer estratégias adequadas para prescrição e desprescrição de medicações (prevenção quaternária).
Concordância	95,2%
Comentários e sugestões	<p>Pré-teste: Tópico 21: Foi considerado essencial reconhecer os medicamentos potencialmente inapropriados para o idosos, principalmente dentro das medicações disponíveis na atenção primária do SUS.</p> <p>Tópico 21.1: Um dos participantes opinou ser essencial reconhecer contraindicações relativas e absolutas e as questões de cinética/dinâmica que afetem a prescrição de medicamentos de uso frequente (ex.: usar doses para idosos que são consideradas subterapêuticas para jovens, quando houver benefício conhecido, porém com potencial de dano).</p> <p>Tópico 21.2: Sem comentários</p>

Inquérito: Tópicos 21 e 21.1: Um dos participantes comentou sobre a grande e crescente disponibilidade do arsenal terapêutico, portanto considerou indispensável a presença de tecnologia de informação no atendimento médico, principalmente nos cuidados ao paciente idoso. Consideraram de extrema importância não só prescrever medicação adequada, como também desprescrever medicamentos inapropriados ao idoso, bem como saber avaliar prescrição de medicamentos apropriados se estão bem indicados.

Tópico 21.2: O egresso deve ter consciência das peculiaridades do paciente idoso, como diminuição da função renal, necessitando, geralmente, da diminuição das doses dos medicamentos para evitar reações adversas.

Tópico 21.3: Um dos participantes comentou que o futuro profissional deve saber sobre a polifarmácia (conhecida e oculta) e “desprescrever medicações” mais do que “administrar novos fármacos”. Deve ter consciência da máxima que “O bom geriatra deve ter a capacidade de retirar metade das prescrições já na primeira consulta, sem prejudicar o funcionamento do organismo do idoso”. O egresso necessita conhecer bem os efeitos colaterais das drogas, as interações medicamentosas, principalmente na população geriátrica, que muitas vezes faz uso de muitos medicamentos.

Proposição 22 do consenso

Competência 23 atribuída ao residente pela SBGG	-Atuar na segurança do paciente idoso, observando os pontos no sistema de saúde que aumentam o risco de erro, incluindo barreiras para os cuidados adequados, identificando, refletindo e aprendendo com os incidentes críticos, como quase acidentes e erros médicos evitáveis.
Após hierarquia de verbos	Sem alterações
Após o pré-teste	22. Atuar na segurança do paciente idoso, entendendo que vão errar, por mais que eles evitem, e que analisar os erros os tornam melhores médicos e honram aqueles que sofreram suas consequências (não somente entender o erro como algo inaceitável que deve ser punido).
Após o inquérito	22. Atuar na segurança do paciente idoso, entendendo que vão errar, por mais que eles evitem, e que analisar os erros os tornam melhores médicos e honram aqueles que sofreram suas consequências (não somente entender o erro como algo inaceitável que deve ser punido).
Concordância	90,9%
Comentários e sugestões	Pré-teste: Tópico 22: Um dos participantes considerou difícil instrumentalizar os alunos sobre o que fazer quando são identificados, no sistema de saúde, pontos que aumentam o risco de erro. Atentou para a importância de entender que analisar incidentes críticos/erros é possível e necessário e de desmistificar a cultura de que o erro é algo inaceitável e que deve ser punido. Precisamos ajudar nossos alunos a

entender que vão errar, por mais que eles evitem, e que analisar os erros nos torna melhores médicos e honra aqueles que sofreram suas consequências.

Inquérito: Tópico 22: A presença no campo de prática e o uso de metodologias ativas durante o curso de Graduação podem ajudar nesse entendimento dos erros e acertos. Autoconhecimento é importante, assim como aprender com os *feedbacks*.

Proposição 23 do consenso

Competência 24	-Reconhecer as barreiras socioeconômicas comuns que afetam o atendimento ao idoso.
atribuída ao	
residente pela	
SBGG	
Após hierarquia de	Sem alterações
verbos	
Após o pré-teste	23. Reconhecer as barreiras socioeconômicas comuns que afetam o atendimento ao idoso.
Após o inquérito	23. Reconhecer os principais problemas socioeconômicos que afetam o atendimento ao idoso e solicitar auxílio multidisciplinar, quando necessário.
Concordância	95,5%
Comentários e	
sugestões	Pré-teste: Tópico 23: Um dos participantes comentou que o egresso precisa saber reconhecer as barreiras socioeconômicas comuns que afetam o atendimento do idoso e saber lidar com a frustração de não poder corrigir todos os problemas levantados.
	Inquérito: Tópico 23: Um dos participantes comentou que o egresso de Medicina deve ter conhecimento socioeconômico da população atendida e as melhores maneiras de lidar com os problemas ali enfrentados, lembrando que um trabalho multidisciplinar poderá ajudar muito no desempenho dessas atividades, principalmente em nosso país, onde existem muitas desigualdades sociais e econômicas, e onde o idoso, muitas vezes, ajuda a manter o grupo familiar. Na opinião de outro participante, as questões sociais não são barreiras para um atendimento adequado, e sim as dificuldades de comunicação, que podem ser vencidas com o uso da medicina centrada na pessoa, comunicação não violenta e discurso assertivo.

Proposição 24 do consenso

Competência 25	-Identificar os riscos potenciais de hospitalização em idosos e implementar estratégias de prevenção e de mitigação.
atribuída ao	
residente pela	
SBGG	
Após hierarquia de	Sem alterações
verbos	

Após o pré-teste	24. Identificar os riscos potenciais de hospitalização em idosos e implementar estratégias de prevenção, dentro das limitações do médico, do sistema, do idoso e de sua família.
Após o inquérito	24. Identificar os riscos potenciais de hospitalização em idosos e implementar estratégias de prevenção de complicações de doenças crônicas, evitando desta forma internações hospitalares, dentro das limitações do médico, do sistema, do idoso e de sua família.
Concordância	95,5%
Comentários e sugestões	<p>Pré-teste: Tópico 24: Um dos participantes sugeriu acrescentar dentro das limitações do médico, do sistema, do idoso e de sua família.</p> <p>Inquérito: Tópico 24: Um dos participantes levantou um questionamento importante: o futuro profissional deve estar ciente que o melhor local para se tratar o idoso, mesmo em afecções agudas e, muitas delas, emergenciais, é o próprio lar; e que o hospital é fonte de sofrimento, infecções, escaras, delirium e complicações, sendo perigosos para pessoas envelhecidas. O ideal é que a população geriátrica receba uma assistência voltada à prevenção de complicações de doenças crônicas, evitando, dessa forma, internações hospitalares e melhor qualidade de vida.</p>

Proposição 25 do consenso

Competência 26	-Abordar adequadamente os principais problemas relacionados à hospitalização de idosos.
atribuída ao residente pela SBGG	
Após hierarquia de verbos	Sem alterações
Após o pré-teste	25. Abordar adequadamente os principais problemas relacionados à hospitalização de idosos.
Após o inquérito	25. Abordar adequadamente os principais problemas relacionados à hospitalização de idosos (ex.: prevenção de delirium, escaras, imobilidade, entre outros).
Concordância	100%
Comentários e sugestões	<p>Pré-teste: Tópico 25: Um dos participantes entendeu que o aluno precisa cuidar de idosos internados e entendeu que isso é função de residentes e especialistas.</p> <p>Inquérito: Tópico 25: Um dos participantes referiu que o egresso do curso de Medicina deve estar ciente dos riscos existentes à hospitalização desses pacientes (ex.: delirium), para a melhor decisão frente ao tratamento a ser proposto, enfatizando a importância do campo de prática durante o curso de Graduação, tanto na assistência domiciliar quanto na hospitalar.</p>

APÊNDICE D – Consenso elaborado por meio do Inquérito

Consenso sobre as competências mínimas em saúde do idoso necessárias ao egresso da Graduação em Medicina	
1	Compreender o processo de envelhecimento populacional que ocorre no Brasil e no mundo (transição demográfica e epidemiológica), suas causas e consequências, bem como a importância das informações em saúde como recurso de planejamento da Atenção à Saúde do Idoso.
2	<p>Conhecer a evolução histórica da Política Social do Idoso no Brasil (e de outros países) e as Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidados para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Reconhecer os pontos-chave da legislação vigente, incluindo o Estatuto do Idoso, que impactam as decisões do dia a dia do médico. ✚ Dentre os pontos-chave da legislação que impactam as decisões do dia a dia do médico, são importantes: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tomadas de decisão em pacientes com declínio cognitivo ❖ Violência contra o idoso ❖ Diretivas antecipadas da vontade ✚ Temas sugeridos para inclusão: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Iatrogenia/Prevenção quaternária ❖ Cuidados paliativos (engloba ortotanásia/distanásia) ❖ Legislação sobre cuidadores de idosos (familiares ou não) ✚ Compreender a estrutura de funcionamento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, reconhecendo momentos em que não pode deixar de atuar, de modo a auxiliar o idoso a vivenciar a sua plena cidadania através do exercício dos direitos e deveres estabelecidos.
3	<p>Reconhecer as modificações morfológicas mais prevalentes decorrentes do processo de envelhecimento (senescência).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Reconhecer as modificações morfológicas decorrentes do processo de envelhecimento nos seguintes tópicos: <ul style="list-style-type: none"> ❖ -Composição corporal: diminuição da água intracelular e aumento de gordura corporal ❖ -Alterações cardiovasculares ❖ -Sarcopenia: redução de massa muscular, fraqueza muscular ❖ -Alterações de marcha, postura e equilíbrio ❖ -Alterações de memória ❖ -Alterações do sistema nervoso central ❖ -Alterações cognitivas e comportamentais ❖ -Distúrbios do sono ❖ -Diminuição de glândulas sudoríparas (dificuldade de termorregulação) ❖ -Alterações do sistema urinário: redução de função renal ✚ Temas sugeridos para inclusão: <ul style="list-style-type: none"> ❖ -Alterações na visão e na audição ✚ Correlacionar o reconhecimento destas alterações morfológicas com a dificuldade de avaliação do indivíduo idoso (senescência X senilidade).
4	Reconhecer a influência das condições sociais, psicológicas, ambientais, religiosas, culturais e familiares sobre o estado de saúde dos idosos.
5	Comunicar de forma adequada com o paciente idoso (e acompanhante), com respeito, empatia, confiança, uso de reforço positivo, humor e cortesia, também usando linguagem corporal (sorriso, contato visual), considerando as limitações sensoriais e cognitivas e evitando terminologia médica, falta de sinceridade, atitudes autoritárias, mudança repentina de assunto e hostilidade.
6	Ter habilidade na realização da anamnese e do exame físico do paciente idoso, reconhecendo as suas peculiaridades e estado clínico-funcional
7	Reconhecer as grandes Síndromes Geriátricas “Gigantes da Geriatria”: Insuficiência cognitiva, Imobilidade, Instabilidade postural e quedas, Incontinências, Iatrogenia, Incapacidade comunicativa e Insuficiência familiar (reconhecer todas com suas causas e consequências, abordar as mais simples e referenciar as mais complexas).
8	<p>Compreender a importância da Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Ter habilidade para realização da Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso. ✚ Ter habilidade no manejo dos instrumentos e escalas mais utilizados na Avaliação Geriátrica Ampla na avaliação multidimensional do idoso. ✚ Em relação aos instrumentos e escalas mais utilizados no rastreio da incapacidade funcional do idoso, o egresso necessita ter habilidade em utilizar ao terminar o curso de Graduação: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Escala de Katz: escala de independência para atividades básicas de vida diária. ❖ Miníexame do estado mental (MEEM) ✚ Testes sugeridos para inclusão: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Reconhecimento da medida de força na sua versão quantitativa ou qualitativa (dinamômetro ou teste da cadeira) ❖ Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional (IVCF-20) ❖ Time get up and go ❖ Teste do Relógio ❖ Lista de palavras do Cerad ❖ Teste de Reconhecimento de Figuras ❖ Clinical Dementia Rating (CDR)
9	Reconhecer as peculiaridades da apresentação das doenças mais prevalentes no idoso, bem como as manifestações atípicas dos agravos mais comuns à saúde nessa população.
	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Condições médicas mais comuns (que os graduados devem identificar): <ul style="list-style-type: none"> ❖ Doença vascular cerebral e acidente vascular cerebral ❖ Depressão ❖ Quedas e distúrbios do movimento

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dor crônica ❖ Demência e Delirium ❖ Desnutrição e sarcopenia ❖ Doenças cardiovasculares (incluindo ICC e HAS) ❖ Incontinências urinária e fecal ❖ Maus-tratos: físico, psicológico, financeiro e sexual ❖ Audição e distúrbios da visão ❖ Distúrbio hidroeletrólítico ❖ Osteoporose <p>⊕ Temas sugeridos para inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Distúrbios do sono ❖ latrogenia e polifarmácia ❖ Bacteriúria assintomática ❖ Instabilidades posturais e quedas ❖ Constipação intestinal ❖ Disfagia e pneumonia aspirativa
10	Manejar (dentro de seus limites) pacientes portadores de múltiplas afecções, considerando as possíveis interações entre elas, utilizando apoio de equipe multidisciplinar e especialistas, quando necessário. <p>⊕ Manejar (dentro dos seus limites) pacientes portadores de múltiplas afecções, considerando o risco e benefício de cada procedimento e/ou tratamento, utilizando apoio de equipe multidisciplinar e especialistas quando necessário.</p>
11	Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas com alta taxa de complicações em idosos. <p>⊕ Ser capaz de realizar o rastreamento em idosos de doenças crônicas cujo diagnóstico precoce, comprovadamente, gera benefício real ao paciente, considerando a funcionalidade.</p>
12	Realizar atendimento inicial e transportar com segurança pacientes idosos nas principais situações de urgência e emergência bem como, pacientes em estado crítico para os serviços de urgência.
13	Em relação à sarcopenia e fragilidade o egresso deverá: <p>⊕ Reconhecer o idoso sarcopênico, frágil ou em risco de fragilidade.</p> <p>⊕ Programar medidas para sua prevenção.</p> <p>⊕ Orientar medidas para tratamento e reabilitação, utilizando apoio de equipe multidisciplinar e especialistas quando necessário.</p>
14	Atuar em equipe interdisciplinar e reconhecer a importância da assistência multidimensional no cuidado do idoso.
15	Identificar pacientes que requerem rede de cuidados de longo prazo na atenção ao idoso e estar familiarizado com as opções: Centro-dia, Hospital-dia, Internamento domiciliar, Cuidadores de idosos e Instituições de Longa Permanência para Idosos, saber acionar estas instituições para realizar um encaminhamento responsável (avaliando com cautela o suporte familiar) e mantendo um acompanhamento compartilhado.
16	Identificar os fatores de risco que predispõem a institucionalização de idosos (ex.: falta de atividade física, dificuldade de marcha, demência, sequela de AVC, medicamentos) e elaborar estratégias de prevenção.
17	Compreender a importância da saúde baseada em evidências e sua utilização na prática clínica, bem como suas limitações de aplicação junto à população idosa.
18	Conhecer pontos-chave dos aspectos éticos, bioéticos e legais referentes ao atendimento do idoso. <p>⊕ Reconhecer situações de risco e intervir em condutas antiéticas e/ou ilegais referentes ao atendimento do idoso, advogando para o paciente dentro de suas limitações, inclusive emocionais, com auxílio de equipe multidisciplinar e sob supervisão atenta.</p>
19	Identificar sinais de maus-tratos e violência contra a pessoa idosa. <p>⊕ Notificar as autoridades e órgãos competentes (utilizando a ficha de notificação/investigação individual: violência doméstica/sexual e outras violências) e acompanhar casos de maus-tratos contra a pessoa idosa, atuando de forma responsável e levando em consideração o estado cognitivo da vítima que faz a queixa, acionando, se necessário suporte de assistência social.</p> <p>⊕ Manejar clinicamente os efeitos da violência contra a pessoa idosa (dentro de suas limitações) e sob supervisão atenta.</p>
20	Conhecer e aplicar na prática clínica os conceitos de capacidade intrínseca (recursos físicos e mentais) e de capacidade funcional.
21	Reconhecer as medicações gerais potencialmente inapropriadas para o idoso. <p>⊕ Reconhecer as medicações “disponíveis na atenção primária do SUS” potencialmente inapropriadas para o idoso.</p> <p>⊕ Reconhecer as contraindicações relativas e absolutas de medicamentos de uso prevalente no idoso e as peculiaridades da farmacocinética e farmacodinâmica das drogas que afetem a prescrição para uso no idoso.</p> <p>⊕ Estabelecer estratégias adequadas para prescrição e desprescrição de medicações (prevenção quaternária).</p>
22	Atuar na segurança do paciente idoso, entendendo os erros acontecem por mais que sejam evitados, e que analisar os erros os tornam melhores médicos, não entender o erro somente como algo inaceitável e passível de punição.
23	Reconhecer os principais problemas socioeconômicos que afetam o atendimento ao idoso e solicitar auxílio multidisciplinar, quando necessário.
24	Identificar os riscos potenciais de hospitalização em idosos e implementar estratégias de prevenção de complicações de doenças crônicas, evitando, dessa forma, internações hospitalares, dentro das limitações do médico, do sistema, do idoso e de sua família.
25	Abordar adequadamente os principais problemas relacionados à hospitalização de idosos (ex.: prevenção de delirium, escaras, imobilidade entre outros).

ANEXO A – Diretrizes para a Residência Médica em Geriatria



MATRIZ DE COMPETÊNCIAS DA RESIDÊNCIA DE GERIATRIA – SBGG

Autores:

- Eduardo Canteiro Cruz – presidente CTEG 2018-2020/Universidade Federal de São Paulo
- Elisa Franco de Assis Costa – presidente CTEG 2012-2014/Universidade Federal de Goiás
- Paulo Villas Boas – presidente CTEG 2016-2018/Universidade Estadual Paulista
- Siulmara Cristina Galera – presidente CTEG 2005-2012/Universidade de Fortaleza

Objetivo geral: capacitar médicos a realizar prevenção, diagnóstico e tratamento especializado nas questões de saúde do indivíduo idoso, compreendendo as peculiaridades do processo do envelhecimento e seu aspecto multidimensional. Objetivos específicos: ao longo da formação o profissional deverá receber treinamento e orientação para conhecer e compreender o processo de envelhecimento e ter habilidades e atitudes para atuar na promoção, prevenção, manutenção e reabilitação da saúde do idoso.		COMPONENTES*
R1	COMPETÊNCIAS	
	1. Compreender o processo de envelhecimento populacional que ocorre no Brasil e no mundo (transição demográfica e epidemiológica), suas causas e consequências, bem como, a importância das informações em saúde como recurso de planejamento da Atenção à Saúde do Idoso.	C
	2. Conhecer a evolução histórica da Política Social do Idoso no Brasil, as Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidados para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa e toda a legislação vigente incluindo o Estatuto do Idoso, além de compreender a estrutura de funcionamento da Política Nacional da Saúde da Pessoa, de modo a auxiliar a pessoa idosa a vivenciar a sua plena cidadania através do exercício dos direitos e deveres estabelecidos.	C H A
	3. Conhecer e identificar as principais modificações morofuncionais decorrentes do processo de envelhecimento e correlacionar com a dificuldade de avaliação do indivíduo idoso.	C H
	4. Reconhecer as peculiaridades da farmacocinética e farmacodinâmica das drogas que ocorrem no idoso e sua aplicação prática.	C H
	5. Reconhecer a influência das condições sociais, psicológicas e culturais sobre o estado de saúde dos idosos.	C H
	6. Aplicar as técnicas de comunicação verbal e não verbal junto ao paciente idoso.	C H A
	7. Conhecer as peculiaridades da anamnese e do exame físico do paciente idoso e ter habilidades na realização dos mesmos.	C H A
	8. Compreender as grandes Síndromes Geriátricas (“Gigantes da Geriatria”): insuficiência cognitiva, imobilidade, instabilidade postural e quedas, incontinência, iatrogenia, suas causas e consequências.	C
	9. Compreender a importância da Avaliação Geriátrica Amplia/Avaliação Geriátrica Global na avaliação multidimensional do idoso e ter habilidade e	C H A

destreza para realização da mesma e no manejo dos principais instrumentos e escalas utilizados.	
10. Reconhecer as peculiaridades da apresentação das doenças mais comuns no idoso, bem como as manifestações atípicas dos agravos à saúde nessa população.	C H
11. Manejar pacientes portadores de múltiplas afecções, considerando as possíveis interações entre elas bem como, o risco e benefício de cada procedimento e/ou tratamento.	C H A
12. Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas e realizar o rastreamento destas doenças em idosos	C H A
13. Manejar pacientes idosos nas principais situações de urgência e emergência bem como, pacientes em estado crítico.	C H A
14. Identificar o idoso sarcopênico, frágil ou em risco de fragilidade e programar medidas para sua prevenção, tratamento e reabilitação.	C H A
15. Atuar em equipe interdisciplinar, reconhecendo a importância da assistência multidimensional no cuidado do idoso.	C H A
16. Identificar as modalidades da rede de cuidado de longo prazo na atenção ao idoso como: Centro-dia, Hospital-dia, Internamento domiciliar, Cuidadores de idosos e Instituições de Longa Permanência para Idosos bem como, as indicações de cada.	C
17. Identificar os riscos que predispõem a institucionalização de idosos.	C
18. Compreender a importância da saúde baseada em evidências e sua utilização na prática clínica, bem como, suas limitações de aplicação junto à população idosa.	C H A
19. Abordar os aspectos éticos, bioéticos e legais referentes ao atendimento do idoso, bem como, reconhecer e intervir em condutas antiéticas e/ou ilegais.	C H A
20. Identificar sinais de maus tratos e violência contra a pessoa idosa, notificar as autoridades e órgãos competentes, além de manejar clinicamente os efeitos da violência.	C H A
21. Conhecer e aplicar na prática clínica os conceitos de capacidade intrínseca e de capacidade funcional.	C H
22. Reconhecer as medicações potencialmente inapropriadas para o idoso e estabelecer estratégias adequadas para prescrição e desprescrição (prevenção quaternária).	C H A
23. Atuar na segurança do paciente idoso, observando os pontos no sistema de saúde que aumentam o risco de erro, incluindo barreiras para os cuidados adequados e identificando, refletindo e aprendendo com os incidentes críticos, como quase acidentes e erros médicos evitáveis.	C H A
24. Reconhecer as barreiras socioeconômicas comuns que afetam o atendimento ao idoso.	C A
25. Identificar os riscos potenciais de hospitalização em idosos e implementar estratégias de prevenção e de mitigação dos mesmos.	C H A
26. Abordar adequadamente os principais problemas relacionados à hospitalização de idosos.	C H A

*Componentes: C = Cognição, H = Habilidade, A = Atitude

R2	COMPETÊNCIAS	COMPONENTES*
	1. Delinear programa de promoção, prevenção e avaliação periódica de saúde para envelhecimento saudável.	C H A
	2. Manejar adequadamente os pacientes sob tratamento oncológico, através de definição de capacidade funcional ou estado performance, predição prognóstica, controle de sintomas, manejo de efeitos adversos da terapia antineoplásica e de intercorrências agudas.	C H A
	3. Organizar o processo de desospitalização e indicar adequadamente os cuidados de transição.	C H A
	4. Avaliar risco cirúrgico e prestar assistência perioperatória aos idosos em situações de cirurgia eletiva ou de emergência.	C H A
	5. Executar com competência procedimentos clínicos, considerados essenciais para o atendimento do idoso, tais como troca de traqueostomia, substituição de sondas enterais em ambiente extra-hospitalar, realização de enteroclisma, punção de tecido subcutâneo (hipodermóclise) para infusão de soluções e fármacos, retirada de rolha de cerume, cateterização vesical de demora e intermitente, entre outros.	C H A
	6. Manejar os diferentes sintomas do paciente sem perspectiva de cura, indicando e estabelecendo plano de Cuidados Paliativo, além de conhecer e aplicar protocolo de comunicação de más notícias (SPIKES).	C H A
	7. Reconhecer a utilidade da tecnologia médica no cuidado à pessoa idosa, suas aplicações e sua limitação em indivíduos sem prognóstico de cura, alta dependência ou com doença em estágio terminal	C
	8. Avaliar e manejar os pacientes que necessitam de Cuidados Paliativos, identificando suas necessidades físicas, psicológicas, espirituais e sociais, além das necessidades de seus familiares.	C H A
	9. Conhecer a legislação brasileira e o Código de Ética Médica em relação à terminalidade da vida e a Cuidados Paliativos.	C
	10. Conhecer a resolução do Conselho Federal de Medicina e ser capaz de formular diretiva antecipada de vontade.	C H A
	11. Indicar programas de reabilitação funcional para o paciente idoso.	C H
	12. Indicar programas de adaptação de ambientes ao nível domiciliar e público e utilização de instrumentos auxiliares para melhoria da capacidade funcional.	C H A
	13. Realizar atendimento domiciliar, compreendendo suas indicações, benefícios e limitações.	C H A
	14. Orientar familiares cuidadores de idosos nas diversas situações clínicas.	C H A
	15. Atender e acompanhar idosos em todos os ambientes da rede pública e privada de saúde como, ambulatório especializado, hospitais, serviços de Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família, Centro-dia, Hospital-dia, serviços de urgência, serviços de Cuidados Paliativos, Unidades de Terapia Intensiva e nos serviços de assistência domiciliar.	C H A

	16. Conhecer a legislação vigente com relação à curatela e a interdição nas situações indicadas nos idosos, bem como produzir laudo médico destinado a essas finalidades.	C H A
	17. Compreender a organização e a gestão de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPs), Centro-dia, Hospital-dia, serviços de internação domiciliar, Programas de Reabilitação de idosos e serviços de Geriatria diversos, participando do planejamento e da gestão do cuidado.	C H A
	18. Aplicar os conhecimentos de ética, bioética, metodologia científica, epidemiologia e bioestatística para formulação de projetos de pesquisa na área do envelhecimento.	C H A
	19. Atuar em atividades de ensino participando da preceptoria de estudantes de Medicina, internos e Residentes de especialidades Clínicas diversas, incluindo Medicina Família e Comunidade.	C H A
	20. Saber atuar em equipe interdisciplinar, respeitando a hierarquia, agindo com cordialidade, definindo de papéis e prioridades dentro do processo de cuidado à pessoa idosa, nos diversos cenários de assistência; bem como organizar o processo de reunião interdisciplinar.	C H A
	21. Interpretar exames de neuroimagem bem como testes neuropsicológicos destinados ao diagnóstico diferencial de síndromes demenciais.	C H
	22. Utilizar a Educação em Saúde na formação e educação necessárias para programar mudanças nos processos de cuidado e adaptação de novos conhecimentos e técnicas nos processos de saúde com idosos e familiares.	C H A
	23. Saber utilizar a informática médica como ferramenta na gestão do conhecimento, incorporando-a em apoio à decisão do cuidado, e utilizando a comunicação eletrônica, dentro de limites éticos	C H A
	24. Organizar e conduzir reuniões familiares nos diferentes cenários de atenção à saúde, sabendo mediar conflitos e identificar sinais de estresse do cuidador, de maneira a garantir a execução das melhores condutas para o indivíduo idoso.	C H A
	25. Garantir o protagonismo da pessoa idosa nas diversas modalidades de cuidado, permitindo a livre manifestação de sua vontade e autonomia.	C H A

*Componentes: C = Cognição, H = Habilidade, A = Atitude

ANEXO B – Diretrizes da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sobre conteúdo de disciplinas/módulos relacionados ao envelhecimento (Geriatria e Gerontologia) nos cursos de Medicina

CICLO BÁSICO	1º AO 8º SEMESTRE
Competências	Conteúdos
Ao final da Unidade I, o aluno deverá ser capaz de: <ul style="list-style-type: none"> Conhecer os termos e conceitos básicos utilizados no estudo do envelhecimento e sua inserção histórica. Compreender o conceito de saúde no processo de envelhecimento que ocorre no Brasil e no mundo. Compreender a epidemiologia do envelhecimento no Brasil e no mundo. 	Unidade I — Introdução <ul style="list-style-type: none"> Estudo da velhice: histórico e conceitos. Epidemiologia do envelhecimento. Promoção de saúde e qualidade de vida do idoso.
Ao final da Unidade II, o aluno deverá ser capaz de: <ul style="list-style-type: none"> Compreender as teorias biológicas do envelhecimento humano. Identificar as principais modificações anatômicas, funcionais e psicológicas que ocorrem com o envelhecimento humano e correlacionar com a dificuldade de avaliação do indivíduo idoso. Conhecer o ciclo sono-vigília no idoso e as diferenças com as outras faixas etárias. Compreender a ineficácia da terapia anti-envelhecimento. 	Unidade II — Biologia do envelhecimento <ul style="list-style-type: none"> Teorias biológicas do envelhecimento. Modificações anatômicas, funcionais e psicológicas no processo de envelhecimento. Imunossenescênciâa. Estresse oxidativo e envelhecimento. Farmacologia no processo de envelhecimento. Círculo sono-vigília no idoso. Terapia anti-envelhecimento: ineficácia comprovada pela medicina baseada em evidências.
Ao final da Unidade III, o aluno deverá ser capaz de: <ul style="list-style-type: none"> Compreender as principais síndromes geriátricas e suas principais consequências. 	Unidade III — Síndromes geriátricas <ul style="list-style-type: none"> Gigantes da Geriatria. Instabilidade postural e quedas no idoso. Incontinência urinária e fecal. Iatrogenia. Insuficiência cognitiva. Síndrome de imobilização e úlceras por pressão.
Ao final da Unidade IV, o aluno deverá ser capaz de: <ul style="list-style-type: none"> Aplicar as técnicas de comunicação verbal junto ao paciente idoso. Realizar a anamnese do paciente idoso conhecendo as suas peculiaridades. Realizar exame físico do idoso conhecendo as suas peculiaridades. Aplicar e interpretar escalas e testes utilizados para triagem e avaliação funcional básica do idoso. Aplicar e interpretar escalas e testes utilizados para triagem e avaliação cognitiva básica do idoso. Realizar avaliação nutricional básica no idoso Compreender a Avaliação Geriátrica Amplia e sua importância na avaliação multidimensional do idoso. Discutir a dinâmica da interdisciplinaridade no atendimento ao idoso. 	Unidade IV — Semiologia e atendimento ao idoso <ul style="list-style-type: none"> Peculiaridades da comunicação com o idoso. Exame físico do idoso. Atividades de Vida Diária: Atividades Básicas de Vida Diária (escalas de Katz e Barthel) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (escalas de Lawton e Pfeffer). Avaliação cognitiva: Miniexame do Estado Mental, Fluência verbal, Teste do Desenho do Relógio. Avaliação do humor: Escala Geriátrica de Depressão. Antropometria básica do idoso e Miniavaliação nutricional. Avaliação Geriátrica Amplia. Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade.
Ao final da Unidade V, o aluno deverá ser capaz de: <ul style="list-style-type: none"> Conhecer a evolução histórica da política social do idoso e dos espaços públicos ocupados pela sociedade civil na luta pelos direitos dos idosos. Conhecer a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; Conhecer a estrutura de funcionamento da Política de Atenção à Pessoa Idosa. Compreender e identificar situações de negligência e maus tratos aos idosos e os fatores que podem influenciá-los. Analizar a construção e experiência da função do cuidador de idosos. Compreender o conceito de suporte social; Reconhecer os sistemas formais e informais de suporte social. Identificar os riscos que predispõem a institucionalização de idosos. 	Unidade V — Políticas de atenção ao idoso <ul style="list-style-type: none"> Conferência de Saúde, Conselho de Idosos e Políticas de Atenção ao Idoso. Estrutura da assistência à pessoa idosa no Brasil. Maus tratos e a legislação: leis, portarias e o Estatuto do Idoso. Cuidador de idosos. Sistemas formais de suporte social: Hospital-dia, Centro-dia, Atendimento domiciliar, Instituições de Longa Permanência. Sistemas informais: familiares, vizinhos e comunidades. Fatores de risco que levam à institucionalização. Modalidades de instituições de longa permanência. Instituição de longa permanência padrão.
Ao final da Unidade VI, o aluno deverá ser capaz de: <ul style="list-style-type: none"> Diferenciar os principais conceitos em ética e bioética no envelhecimento. Abordar os aspectos éticos, bioéticos e legais referentes à terminalidade da vida. Compreender o Testamento vital e suas implicações na prática clínica. Refletir sobre as questões de envelhecimento, saúde, espiritualidade e terminalidade. 	Unidade VI — Ética, bioética e espiritualidade no envelhecimento <ul style="list-style-type: none"> Ortutanásia, eutanásia. Mistanásia, distanásia. Paciente com doença terminal. Cuidados paliativos. Finitude: ética e bioética. Testamento vital: considerações éticas. Resolução do Conselho Federal de Medicina, Código de Ética Médica. Saúde e espiritualidade.

INTERNATO	9º AO 12º SEMESTRE
Competências	Conteúdos
<p>Ao final do internato, o interno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Executar uma anamnese do idoso, exame físico e os principais testes e escalas de triagem de avaliação funcional, cognitiva e nutricional, reforçando a importância da avaliação multidimensional do idoso. • Executar tarefas com equipe interdisciplinar. 	<p>Unidade I — Avaliação do idoso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisão de anamnese, de exame físico e das escalas e testes de avaliação multidimensional do idoso (avaliação funcional, cognitiva básica, do humor, nutricional básica, equilíbrio e marcha).
<p>Ao final do internato, o interno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar o manuseio correto dos medicamentos no idoso. • Identificar iatrogenia medicamentosa, formas de prevenção e resolução. 	<p>Unidade II — Farmacoterapia no envelhecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impacto das alterações relacionadas ao processo de envelhecimento na seleção e dose de medicamentos. • Identificação das medicações consideradas inadequadas ao idoso (critérios de Beers). • Prescrição adequada do paciente idoso. • Iatrogenia medicamentosa.
<p>Ao final do internato, o interno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar pelo menos três alterações funcionais em cada sistema e seu impacto na reserva funcional do idoso. • Realizar diagnóstico diferencial baseado na apresentação atípica das doenças nos idosos. • Abordar e tratar paciente com desidratação, pneumonia, infecção do trato urinário e síndrome coronária. 	<p>Unidade III — Apresentação atípica das doenças</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reserva funcional do idoso e importância no desencadeamento de doenças. • Apresentação atípica na desidratação, pneumonia, infecção do trato urinário, incontinência urinária, abdômen agudo e síndrome coronária aguda. • Diagnóstico e manuseio da desidratação, pneumonia, infecção urinária, incontinência urinária e síndrome coronária aguda e crônica no idoso.
<p>Ao final do internato, o interno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abordar paciente que apresenta distúrbios do equilíbrio da marcha e sofre quedas. 	<p>Unidade IV — Distúrbios da marcha do equilíbrio e quedas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Testes e escalas de avaliação do equilíbrio, marcha e o risco de quedas. • Exame neurológico direcionado. • Quedas: fatores de risco, causas, consequências e prevenção. • Hipotensão ortostática, tontura e síncope no idoso.
<p>Ao final do internato, o interno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Executar avaliação cognitiva básica e interpretar resultados. • Avaliar e tratar um paciente com <i>delirium</i> e/ou depressão. • Diagnosticar as principais demências que acometem o idoso. 	<p>Unidade V — Distúrbios cognitivos e comportamentais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déficit cognitivo: avaliação e principais causas no idoso. • Definição e diferenças clínicas entre <i>delirium</i>, depressão e demência. • Formulação de diagnóstico diferencial em um paciente que exibe <i>delirium</i>, depressão ou demência. • Manuseio de urgência no paciente com agitação psicomotora (principalmente nos casos de <i>delirium</i>, demência e depressão, exceto risco importante de suicídio). • Tratamento farmacológico de depressão e <i>delirium</i>. • Tratamento não farmacológico de <i>delirium</i>, demência e depressão.
<p>Ao final do internato, o interno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas em idosos. • Realizar rastreamento de doenças crônicas em idosos. • Realizar avaliação e manuseio das principais doenças cardiovasculares, <i>diabetes mellitus</i>, dislipidemia e hipotireoidismo clínico e subclínico no idoso. 	<p>Unidade VI — Promoção de saúde e prevenção de doenças</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rastreio em idosos: câncer, doença cardiovascular e <i>diabetes mellitus</i>. • Qualidade de vida na velhice. • Orientação preventiva geriátrica. • Manuseio das principais doenças cardiovasculares no idoso (hipertensão arterial, insuficiência coronária aguda e crônica, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral), <i>diabetes mellitus</i>, dislipidemia e hipotireoidismo clínico e subclínico no idoso.
<p>Ao final do internato, o interno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as principais definições e os princípios dos cuidados paliativos. • Indicar paciente para cuidados paliativos. • Aplicar protocolo <i>Spike</i> para dar má notícia. • Avaliar e manusear a dor e outros sintomas prevalentes em pacientes terminais. • Identificar as necessidades psicológicas, espirituais e sociais do paciente terminal e de seus familiares e atuar com a equipe interdisciplinar. • Conhecer a bioética e legislação em cuidados paliativos. 	<p>Unidade VII — Cuidados paliativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Principais definições e princípios dos cuidados paliativos. • Principais indicações de cuidados paliativos. • Má notícia: Protocolo <i>Spike</i>. • Dor e sintomas prevalentes em cuidados paliativos. • Necessidades do idoso ao fim da vida e atuação interdisciplinar. • Legislação brasileira e Código de Ética Médica em relação aos cuidados paliativos.
<p>Ao final do internato, o interno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar os riscos potenciais da hospitalização em idosos e estratégias de prevenção. • Abordar os principais problemas relacionados à hospitalização dos idosos. • Conhecer as indicações de internação de pacientes idosos em Unidade de Terapia Intensiva. • Programar alta hospitalar de idosos e realizar os cuidados de transição. 	<p>Unidade VIII — Cuidados na hospitalização de idosos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riscos de hospitalização: imobilidade, <i>delirium</i>, efeitos colaterais de medicamentos, má nutrição, úlcera por pressão, procedimentos, períodos pré e pós-operatório, infecção hospitalar e estratégias de prevenção. • Critérios de internação de idosos em Unidade de Terapia Intensiva. • Alta hospitalar e orientações para cuidados da transição.