



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

RUTIELLE FERREIRA SILVA

**RASTREAMENTO DA SARCOPENIA EM IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
saberes e práticas do enfermeiro**

**TERESINA
2019**

RUTIELLE FERREIRA SILVA

**RASTREAMENTO DA SARCOPENIA EM IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
saberes e práticas do enfermeiro**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria do Livramento Fortes Figueiredo

Área de concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro

Linha: Processo de cuidar em saúde e em enfermagem

TERESINA
2019

S586r Silva, Rutielle Ferreira.
Rastreamento da sarcopenia em idosos na atenção primária : saberes e práticas do enfermeiro / Rutielle Ferreira Silva. -- 2019.
122 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2019.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Maria do Livramento Fortes Figueiredo.

1. Enfermagem Geriátrica. 2. Sarcopenia - Idoso. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD 610.736 5

RUTIELLE FERREIRA SILVA

RASTREAMENTO DA SARCOPENIA EM IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: saberes
e práticas do enfermeiro

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí-UFPI, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/2019

Prof^ª. Dr^ª. Maria do Livramento Fortes Figueiredo
Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Presidente

Prof. Dr. Juan José Tirado Darder
Universidad CEU Cardenal Herrera (CEU UCH) – 1^a Examinador

Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria Ribeiro dos Santos
Universidade Federal do Piauí (UFPI) – 2^a Examinadora

Suplente:

Prof^ª. Dr^ª. Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Dedico está vitória a Deus que sempre guiou meus passos, a quem recorri em todos os momentos. A meu pai, que mesmo não estando entre nós, foi um estímulo nesta caminhada. E a minha mãe que me apoiou incondicionalmente em cada momento. Sem ela teria sido impossível esta conquista. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus que em todos os momentos se fez presente em minha vida me direcionando e me auxiliando, mostrando-me como superar os obstáculos.

Aos meus pais José Francisco da Silva (*In Memoriam*) e Maria Helena Ferreira Silva que me deram tanto amor e apoio necessários para continuar minha jornada, estando em todos os momentos ao meu lado. A vocês dedico todas as minhas vitórias.

Ao meu namorado, Melquisedeque Albino do Nascimento pela paciência e companheirismo, em todos os momentos dessa trajetória.

Aos meus amigos, Julyanne dos Santos Nolêto e Jefferson Abrão Caetano Lira pelo companheirismo, apoio e dedicação. Estendo esse agradecimento a todos os colegas do mestrado, pelo compartilhamento de experiências.

A minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Maria do Livramento Fortes Figueiredo, pela confiança e incentivo. Sua ajuda foi essencial para o desenvolvimento deste trabalho e para meu crescimento enquanto pesquisadora, serei sempre grata pela demonstração de amizade, incentivo e carinho.

Agradeço aos membros da banca, Prof. Dr. Juan José Tirado Darder, Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria Ribeiro dos Santos e Prof^ª. Dr^ª. Maria Antonieta Rubio Tyrrell, por suas valiosas contribuições.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na figura da Prof^ª Dr^ª Maria Eliete Moura, pela competência e dedicação.

A Universidade Federal do Piauí (UFPI) e em especial a todos os mestres, que contribuíram com seus conhecimentos e experiências, meu especial agradecimento.

A Secretária Municipal de Saúde do Município de Timon – MA, pela disponibilidade em colaborar com a pesquisa. E aos enfermeiros que aceitaram participar deste estudo, que disponibilizaram seu tempo, sem eles esta pesquisa não seria possível.

E a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para realização desta conquista, meu eterno agradecimento.

“Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e com o seu trabalho pode criar um mundo próprio. [...] A educação não é um processo de adaptação do indivíduo à sociedade. O homem deve transformar a realidade para ser mais”

(Paulo Freire)

SILVA, R. F. **Rastreamento da sarcopenia em idosos na atenção primária: saberes e práticas do enfermeiro** [Dissertação]. 122 p. Teresina: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, 2019.

RESUMO

Introdução: Delimitou-se como objeto de estudo: “os saberes e práticas do enfermeiro da atenção primária no rastreamento da sarcopenia em idosos”, considerando que este distúrbio muscular esquelético caracteriza-se por uma redução progressiva da força e da massa muscular, e tem incidência crescente na população idosa, além de associar-se ao aumento do risco de quedas, fraturas, redução da qualidade de vida, aumento da mortalidade e do tempo de internação em idosos. A prática de rastreio na atenção primária possibilitará a implementação de ações multidisciplinares que promovam a saúde da pessoa idosa, bem como, medidas terapêuticas nutricionais e atividades físicas capazes de provocar o fortalecimento da musculatura. **Objetivos:** Descrever os saberes e as práticas do enfermeiro da atenção primária sobre o rastreamento da sarcopenia em idosos; Discutir os saberes e as práticas do enfermeiro da atenção primária no rastreio da sarcopenia em idosos, identificando as possibilidades e dificuldades enfrentadas por este profissional na ação de rastrear a sarcopenia; e Analisar as demandas e necessidades do enfermeiro da atenção primária para instrumentalizar a ação de rastreamento da sarcopenia em idosos, tendo como base, os conceitos freirianos de aprendizado e conscientização. **Referencial Teórico e Temático:** O estudo se valeu dos conceitos e das bases teóricas de Paulo Freire para iluminar as discussões sobre os saberes e práticas do enfermeiro na assistência ao idoso na atenção primária. No desenvolvimento da investigação produziu-se uma revisão integrativa acerca da problemática do rastreio da sarcopenia. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, exploratória e descritiva, realizada com 24 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do Município de Timon - MA. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí, por meio do parecer nº 2.883.274. Os dados foram coletados no período de maio a julho de 2019, por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas, permitindo a formulação de três categorias temáticas. **Resultados:** A maioria (n=21) dos participantes era do sexo feminino, com idade entre 23 e 44 anos. Quanto a qualificação profissional, 18 participantes cursaram pós-graduação *lato sensu*, principalmente em Saúde da Família e Saúde Pública, porém, 23 destes não tiveram capacitação em geriatria e/ou gerontologia. As três categorias temáticas foram denominadas: Saberes e práticas do enfermeiro da atenção primária sobre a sarcopenia em idosos; Possibilidades e dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no rastreio da sarcopenia em idosos na atenção primária; e Demandas e necessidades do enfermeiro da atenção primária para instrumentalizar a ação de rastreio da sarcopenia em idosos. **Considerais finais:** Os achados deste estudo evidenciaram que os saberes e práticas dos enfermeiros da atenção primária referentes ao rastreio da sarcopenia em idosos, mostraram-se insipientes e frágeis, apontando a imperativa necessidade de capacitação da equipe de saúde, em especial, o enfermeiro para a efetivação desta prática na atenção primária e a implementação de um plano de cuidados promocionais e preventivos deste agravo na população idosa, o que resultará numa melhoria da qualidade de vida deste grupo etário.

Palavras-chaves: Sarcopenia. Idoso. Enfermagem Geriátrica. Atenção Primária à Saúde

SILVA, R. F. **Screening for sarcopenia in the elderly in primary care: nurses' knowledge and practices** [Dissertation]. 122 p. Teresina: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, 2019.

ABSTRACT

Introduction: The objective of this study was: “the knowledge and practices of primary care nurses in screening for sarcopenia in the elderly”, whereas this musculoskeletal disorder is characterized by a progressive decline in strength and muscle mass, and has increasing incidence in the elderly population, as well as is associated with increased risk of falls, fractures, decreased quality of life, increased mortality and hospital stay in the elderly. The practice of screening in primary care will enable the implementation of multidisciplinary actions which promote the health of the elderly, as well as nutritional therapeutic measures and physical activity to strengthen the musculature. **Objectives:** Describe the primary care nurse's knowledge and practices about screening of elderly sarcopenia; discuss the knowledge and practices of primary care nurses in screening of elderly sarcopenia, identifying opportunities and problems faced by these professionals in the elderly care; and analyze the demands and needs of the primary care nurse to use the action of sarcopenia screening in the elderly, based on Paulo Freire's concepts of learning and awareness. **Theoretical Frame:** The study used the theoretical foundations and concepts of Paulo Freire to illuminate discussions about the knowledge and practices of elderly and primary care nurses. Developing the research was produced an integrative review about the sarcopenia screening problem. **Methodology:** It's a qualitative, exploratory and descriptive research conducted with 24 nurses of the Family Health Strategy of Timon-MA. This study was approved by the Ethics Committee of Universidade Federal do Piauí, through opinion No. 2,883,274. Data were collected from May to July 2019 through semi-structured interviews, which were audio-recorded and later transcribed, enabling the formulation of three theme categories. **Findings:** Most of participants were female, aged between 23 and 44 years. Regarding professional qualification, 18 participants have post graduate degree, mainly in Family Health and Public Health, but 23 of them had no training in geriatrics or gerontology. Three thematic categories were named: the knowledge and practices of primary care nurses in screening for sarcopenia in the elderly; the opportunities and problems faced by nurses in the elderly care; and the demands and needs of the primary care nurse to use the action of sarcopenia screening in the elderly. **Concluding Remarks:** This study showed that knowledge and practices of primary care nurses related to the screening of sarcopenia in the elderly proved to be insipient and fragile, pointing to the need of health team qualification, in particular the nurse to implement this practice in primary care and to implement a promotional and preventive care plan for this condition in the elderly population, which will result in better quality of life for this group.

Keywords: Sarcopenia; Elderly; Geriatric Nursing; Primary Health Care

SILVA, R. F. **Detección de sarcopenia en ancianos en atención primaria: conocimiento y prácticas de enfermería** [Disertación]. 122 p. Teresina: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade federal do Piauí, 2019.

RESUMEN

Introducción: El objeto de este estudio fue: "los saberes y las prácticas de los enfermeros de atención primaria en la detección de sarcopenia en los ancianos", considerando que este trastorno del músculo-esquelético se caracteriza por una reducción progresiva de la fuerza y de la masa muscular, y tiene incidencia cada vez mayor en la población de edad, y tiene relación con un mayor riesgo de caídas y fracturas, deterioro de la calidad de vida, aumento de la mortalidad y la duración de internación hospitalaria de los ancianos. La práctica del cribado en atención primaria permitirá la implementación de acciones multidisciplinares que promuevan la salud de los ancianos, así como medidas nutricionales terapéuticas y actividades físicas para fortalecer los músculos. **Objetivos:** Describir los saberes y las prácticas del enfermero de atención primaria sobre la detección de sarcopenia en ancianos; Discutir los saberes y las prácticas de los enfermeros de atención primaria en la detección de sarcopenia en ancianos, identificando las posibilidades y dificultades que enfrenta este profesional en el cuidado de ancianos; Analizar las demandas y necesidades de los enfermeros de atención primaria para instrumentar la detección de sarcopenia en los ancianos, sobre la base de los conceptos de aprendizaje y concienciación de Paulo Freire. **Referencial teórico y temático:** El estudio utilizó los conceptos y las bases teóricas de Paulo Freire para iluminar el debate sobre los saberes y las prácticas de los enfermeros en la atención a los ancianos en la atención primaria. En el desarrollo de la investigación, se produjo una revisión integrativa sobre la problemática de la detección de sarcopenia. **Metodología:** Esta es una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva hecha con 24 enfermeros de la Estrategia de Salud de la Familia de Timon-MA. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Piauí, mediante el dictamen núm. 2.883.274. Los datos fueron colectados de mayo a julio de 2019 a través de entrevistas semiestructuradas, que se grabaron y luego se transcribieron, lo que permitió la formulación de tres categorías temáticas. **Resultados:** La mayoría de los participantes eran mujeres, con edad entre 23 y 44 años. Sobre la calificación profesional, 18 participantes cursaron estudios de posgrado, principalmente en Salud de la Familia y Salud Pública, pero 23 de ellos no tenían capacitación en Geriátrica y Gerontología. Las tres categorías temáticas han sido denominadas: Saberes y prácticas de los enfermeros de atención primaria sobre la sarcopenia en los ancianos; Posibilidades y dificultades que enfrentan los enfermeros de atención primaria en la detección de sarcopenia en ancianos; y Demandas y necesidades de los enfermeros de atención primaria para instrumentalizar la detección de sarcopenia en los ancianos. **Consideraciones finales:** Los resultados de este estudio muestran que los saberes y las prácticas de los enfermeros de atención primaria sobre el rastreo de sarcopenia en los ancianos demostraron ser insipientes y frágiles, indicando la necesidad de capacitar al equipo de salud, en particular al enfermero, para el establecimiento de esta práctica en atención primaria y el establecimiento de un plan de atención preventiva para este mal en la población de ancianos, lo que traerá consigo una mejora de calidad de vida de este grupo.

Palabras clave: Sarcopenia; Anciano; Enfermería Geriátrica; Atención primaria de salud

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividades de Vida Diária
CSPI	Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
CP	Circunferência da Panturrilha
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EWGSOP	Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia em Pessoas Idosas
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEEPS	Plano Estadual de Educação Permanente em saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RM	Ressonância Magnética
SPPB	<i>Short Physical Performance Battery</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TUG	<i>Time Up and Go Test</i>
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1.1	Contextualização do problema	13
1.2	Questão norteadora	14
1.3	Objetivos do estudo	15
1.4	Justificativa e relevância	15
2	REFERENCIAL TEMÁTICO	17
2.1	Envelhecimento da população brasileira e a sarcopenia	17
2.2	As práticas do enfermeiro na atenção primária e o rastreo da sarcopenia em idosos	24
2.3	Uso do SARC-F como instrumento de rastreo da sarcopenia em idosos	27
2.4	A atenção primária à saúde e as políticas de atenção a pessoa idosa	30
3	REFERENCIAL TEÓRICO	35
3.1	A vida e obra de Paulo Freire	35
3.2	Concepções teóricas e conceituais de Paulo Freire	36
4	MÉTODOS	40
4.1	Natureza do estudo	40
4.2	Cenário do estudo	40
4.3	Participantes do estudo	40
4.4	Produção dos dados	41
4.5	Organização e análise dos dados	42
4.6	Aspectos éticos e legais	44
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	45
5.1	Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes	45
5.2	Saberes e práticas do enfermeiro da atenção primária sobre a sarcopenia em idosos	47
5.3	Possibilidades e dificuldades enfrentados pelo enfermeiro no rastreo da sarcopenia em idosos na atenção primária	56
5.4	Demandas e necessidades do enfermeiro da atenção primária para instrumentalizar a ação de rastreamento da sarcopenia em idosos	64
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
	REFERÊNCIAS	

APÊNDICE A - OFÍCIO A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
TIMON-MA

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

APÊNDICE D – QUADRO SISTEMATIZADOR DAS FALAS

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA EXECUÇÃO DE
PESQUISA

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CÔMITE DE ÉTICA EM
PESQUISA

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Contextualização do problema

A transição da pirâmide etária no Brasil tem ocorrido de forma acelerada em comparação aos países desenvolvidos. Conforme as projeções sobre estrutura etária disponibilizadas no Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2050, a população acima dos 60 anos corresponderá a 21,5% da população mundial (OMS, 2015).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), houve um crescimento da participação relativa da população acima de 60 anos no Brasil, que em 2005, era de 9,8%, passou a ser 14,3% em 2015 e chegará a 23,5% em 2039 (IBGE, 2016). Estima-se que em 2030 a expectativa de vida média do brasileiro seja de 79 anos (UNITED NATIONS, 2017).

O aumento da expectativa de vida vem acompanhado de mudanças no perfil de saúde da população, em que as doenças crônico-degenerativas e as incapacidades funcionais se destacam. Dentre as doenças que se instalam em decorrência do processo de envelhecimento e que são responsáveis por incapacidade e dependência, destaca-se a sarcopenia (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019).

A sarcopenia é uma doença muscular esquelética, progressiva e generalizada, que repercutirá nas habilidades funcionais do idoso, ou seja, na capacidade do mesmo em desempenhar suas Atividades de Vida Diária (AVD). O resultado, traduz-se em aumento do risco de quedas e fraturas, dependência, redução da qualidade de vida, aumento da mortalidade e do tempo de internação, o que gera maiores gastos ao setor da saúde (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019; LARSSON *et al.*, 2019).

A população idosa é a mais susceptível a essas alterações decorrentes da doença, uma vez que, com o envelhecimento, há um declínio gradual da força e da massa muscular. A sarcopenia pode ser reconhecida como uma doença geriátrica de alta prevalência e de difícil diagnóstico, associada ao envelhecimento, a presença de doenças crônicas, a déficits nutricionais e ao estilo de vida (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019).

Atualmente, essa condição afeta cerca de 50 milhões de pessoas no mundo e estimativas revelam que ela poderá afetar mais de 200 milhões de idosos nos próximos 40 anos. Demonstra-se que, na população brasileira, a prevalência da doença é de 17% no sexo feminino e 28,8% no masculino (CONFORTIN *et al.*, 2018). De acordo com estudo de Oliveira Neto e

colaboradores (2017), realizado com 2019 idosos institucionalizados, a prevalência da sarcopenia foi de 32% para aqueles idosos com boas condições físicas e cognitivas e 63,2% para os idosos independentemente de sua capacidade físicas e/ou cognitiva.

Mediante a longevidade da população, à discussão sobre a sarcopenia ganha espaço. Por ser uma condição clínica silenciosa, é importante que o seu desenvolvimento seja prevenido, por meio de ações de promoção da saúde, de identificação precoce e em seguida, do encaminhamento para um serviço especializado. A intervenção precoce tende a reduzir os riscos de progressão e prevenir eventos adversos relacionados a doença (RUBIO; GRACIA, 2018; RENDÓN; OSUNA, 2018).

Diante disso, estudos têm direcionado seus esforços para a compreensão deste fenômeno, possibilidades de intervenção e reformulação de políticas públicas de saúde, com a finalidade de prolongar as habilidades físicas e mentais para um adequado desempenho funcional, mantendo assim a qualidade de vida do idoso, com independência e autonomia (IDA *et al.*, 2018; SCOOTT *et al.*, 2019; BEAUDART *et al.*, 2017a; LOCQUET *et al.*, 2019).

Nesta perspectiva, os enfermeiros que atuam na atenção primária têm um papel fundamental na prevenção e no rastreamento da sarcopenia. O rastreamento adequado da doença possibilitará a esse profissional planejar as intervenções de forma a minimizar os resultados adversos a saúde da pessoa idosa, e conseqüentemente propiciará a redução dos custos aos serviços de saúde, promovendo sobretudo um envelhecimento bem-sucedido.

A magnitude do agravo requer um esforço sistemático e permanente de capacitação e atualização regular dos saberes e das práticas do enfermeiro. Desta forma, será possível a detecção precoce e a instituição de intervenções que possam prevenir ou minimizar os resultados adversos provocados pela sarcopenia. Diante disso, o presente trabalho tem como objeto de estudo os saberes e as práticas do enfermeiro da atenção primária no rastreamento da sarcopenia em idosos.

1.2 Questão norteadora

Tomando como referência o objeto de estudo, elegeu-se como questões norteadoras: Quais os saberes do enfermeiro da atenção primária sobre a sarcopenia em idosos? Quais as práticas realizadas pelo enfermeiro da atenção primária para rastrear a sarcopenia em idosos? Quais as possibilidades e dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro da atenção primária para rastrear a sarcopenia em idosos? Quais as demandas e necessidades do enfermeiro para instrumentalizar o rastreamento da sarcopenia em idosos na atenção primária?

1.3 Objetivos do estudo

- Descrever os saberes e as práticas do enfermeiro da atenção primária sobre o rastreamento da sarcopenia em idosos;
- Discutir os saberes e as práticas do enfermeiro da atenção primária no rastreio da sarcopenia em idosos, identificando as possibilidades e dificuldades enfrentadas por este profissional na ação de rastrear a sarcopenia; e
- Analisar as demandas e necessidades do enfermeiro na atenção primária para instrumentalizar a ação de rastreamento da sarcopenia em idosos, tendo como base, os conceitos freirianos de aprendizado e conscientização.

1.4 Justificativa e Relevância

Apesar de ser uma doença geriátrica descrita há mais de duas décadas, ainda existem muitas lacunas em relação à sarcopenia. Ao realizar uma busca na literatura acerca do tema, não há relatos, até o momento, de pesquisas sobre a prática desenvolvida pelo enfermeiro em relação ao rastreio e ao manejo da sarcopenia, evidenciando a falta de conhecimento e de interesse pela problemática. Diante disso, torna-se imperativo que o enfermeiro desempenhe seu papel diante da sarcopenia, uma vez que essa é uma questão emergencial, pois está associada a vários resultados adversos que interferem na qualidade de vida da pessoa idosa, como quedas, hospitalizações e incapacidades.

A proposta de desvelar os saberes e as práticas do enfermeiro sobre o rastreio da sarcopenia em idosos na atenção primária, contribuirá para a definição de protocolos e políticas públicas que deem maior visibilidade ao processo de envelhecimento e a sarcopenia, de forma a proporcionar informações que melhorem o trabalho dos enfermeiros na gestão do cuidado ao idoso, possibilitando uma avaliação clínica qualificada.

Outro fator motivador foi a possibilidade de, com os resultados desse estudo, contribuir com a divulgação dos conhecimentos acerca da sarcopenia, e com isso despertar nos enfermeiros o interesse pela temática, sensibilizando-os quanto a importância da prevenção, do rastreio e da vigilância constante em relação a sarcopenia, como pré-requisito para a melhoria da qualidade de vida do idoso.

Salienta-se que, por meio deste estudo, foi possível inserir a temática na grade curricular do curso de graduação em enfermagem da instituição promotora desta pesquisa, sendo essa a primeira grande contribuição deste estudo. Espera-se que, por meio desta iniciativa, a

sarcopenia possa ser inserida também nos cursos de graduação e pós-graduação de outras instituições de ensino, e nas demais áreas da saúde.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Envelhecimento da população brasileira e a sarcopenia

O envelhecimento é um processo inerente a todo ser vivo e envolve mudanças dinâmicas, progressivas, irreversíveis e não patológicas que repercutem em todas as dimensões do organismo do indivíduo, ligadas intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais que acometem de forma particular cada pessoa (BRASIL, 2006a). Para efeitos legais, o Estatuto do Idoso intitula como pessoa idosa aquela com faixa etária igual ou superior a 60 anos. Já nos países desenvolvidos a pessoa idosa é aquela com 65 anos ou mais (BRASIL, 2003).

A mudança na composição demográfica brasileira nos revela um envelhecimento populacional com aumento percentual no grupo etário com 60 anos ou mais, que passou de 9,8% para 14,3% em uma década. Estima-se, que esta proporção de idosos no Brasil dobre nos próximos 24,3 anos, e alcance 23,5% da população total em 2039. Estima-se que em 2030 a expectativa de vida seja de 79 anos. Esses dados justificam e caracterizam a inversão da pirâmide etária ao evidenciar o crescimento da população idosa em relação a população jovem (IBGE, 2016; UNITED NATIONS, 2017; ILO, 2015).

Fato que se torna um desafio global, uma vez que, esse aumento na população idosa poderá afetar a economia, a política, o trabalho e a saúde pública (SHLISKY *et al.*, 2017), necessitando reorganizar, principalmente os sistemas de saúde, priorizando ações de promoção da saúde e prevenção das doenças.

Observa-se, ainda, com o aumento da proporção de idosos a preocupação com os baixos indicadores da condição geral de saúde dessa população, influenciada por patologias que afetam a condição cognitiva e a mobilidade dos idosos (CÉSAR *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2015; CHIBANTE *et al.*, 2016). Cabe ressaltar que, associado ao processo de envelhecimento, também se observa o incremento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com destaque para as doenças osteoarticulares, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (CAMPOLINA *et al.*, 2013). O envelhecimento ainda traz consigo a redução da capacidade funcional, da mobilidade e da dependência para a realização das AVD (CARVALHO; SOARES, 2004).

Ainda dentro da perspectiva de mudança no perfil epidemiológico da população idosa, torna-se evidente a ascensão de doenças antes pouco mencionadas, mas que repercutem de maneira considerável na vida da população idosa, dentre elas, destaca-se a sarcopenia. Essa doença foi descrita pela primeira vez por Irwin Rosenberg, em 1989, para se referir ao declínio

da massa muscular esquelética ao longo do envelhecimento (ROSEMBERG, 1989). Em 2010, o Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia em Pessoas Idosas (EWGSOP1) a definiu como a redução da massa muscular esquelética relacionada ao envelhecimento, associada à redução da força e/ou desempenho físico (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2010).

Em 2018, o Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia em Pessoas Idosas (EWGSOP2) se reuniu novamente para propor uma atualização das diretrizes publicadas em 2010. Este consenso propôs uma nova definição operacional para a sarcopenia, caracterizando-a como uma doença muscular (insuficiência muscular), na qual tem-se o declínio progressiva e generalizada da força e da massa muscular. O desempenho físico será utilizado apenas para categorizar a gravidade da doença (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019). Tal mudança se fez necessária pois evidências demonstram que a força muscular é superior em prever resultados adversos, quando comparada a massa muscular (BARBOSA-SILVA *et al.*, 2016; SCHAAP *et al.*, 2018; PHU *et al.*, 2019).

Haja vista as diversas funções exercidas pelo tecido muscular é evidente que a sarcopenia repercute negativamente sobre as habilidades funcionais do idoso, elevando o risco para fragilidade e queda (BISCHOFF-FERRARI *et al.*, 2015; SCOTT *et al.*, 2019), fraturas (SCHAAP *et al.*, 2018), dependência na realização das AVD (MALMSTROM *et al.*, 2016), distúrbios de mobilidade, contribui para diminuição da qualidade de vida (BEAUDART *et al.*, 2017a) e aumenta o risco de morte (LOCQUET *et al.*, 2019). Além de estar associada a doenças cardíacas (BAHAT; ILHAN, 2016), respiratórias (BONE *et al.*, 2017) e ao comprometimento cognitivo (CHANG *et al.*, 2016). Em idosos hospitalizados, a sarcopenia eleva o risco de complicações como infecções, lesão por pressão, perda da independência e institucionalização (MALAFARINA *et al.*, 2012). Desse modo, a sarcopenia ampliará o risco de resultados adversos à saúde (LANDI *et al.*, 2018).

O declínio da massa muscular pode contribuir para a perda óssea por meio da redução de estímulos biomecânicos e fatores de crescimento (LAURENT *et al.*, 2016). Em pesquisa com idosos suecos septuagenários, constatou-se que 47% dos participantes com sarcopenia confirmada tinham osteoporose, sugerindo que, de fato, a massa muscular é um fator contribuinte para perda óssea relacionada à idade. Constatou-se, ainda, que a incidência de quedas foi maior nos idosos com sarcopenia (SCOTT *et al.*, 2019).

Em estudo transversal, com idosos institucionalizados, observou-se uma prevalência de quedas de 45% (SILVA *et al.*, 2017). Em idosos vinculados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) a prevalência de quedas foi de 33% (GUERRA *et al.*, 2017). Dentre os principais fatores de risco para quedas em idosos, destaca-se a visão prejudicada, diminuição da função cognitiva,

alteração na marcha, sedentarismo, falta de condicionamento físico, polifarmácia, comorbidades, pré-obesidade e obesidade, equilíbrio prejudicado, prejuízo musculoesquelético, e sarcopenia. No mesmo estudo, evidencia-se que 79,5% dos idosos entrevistados relataram já terem sofrido quedas anteriores (RIBEIRO *et al.*, 2019).

A sarcopenia repercutirá na dinâmica familiar, social e econômica do idoso, com maior chance de hospitalização devido a fraturas, com ônus financeiro à saúde e prejuízos severos à qualidade de vida (KIM; CHOI, 2015; ZANKER *et al.*, 2018). A presença da sarcopenia aumenta o tempo de internação e os custos dos cuidados de saúde são significativamente mais elevados para as pessoas com sarcopenia em comparação com os indivíduos sem a doença (BRUYÈRE *et al.*, 2019; CAWTON *et al.*, 2017; CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019).

Os custos com o tratamento dos resultados adversos decorrentes da sarcopenia nos Estados Unidos, no ano de 2000, foram, aproximadamente, 18,5 milhões de dólares, o que representou 1,5% dos gastos diretos com a saúde (JANSSEN *et al.*, 2004). Tal dado evidencia que a sarcopenia é um importante problema de saúde pública pois impõe uma carga econômica significativa ao país. Destaca-se que, no Brasil, não há estudos que avaliem o impacto da sarcopenia sobre os recursos destinados à saúde.

A prevalência da sarcopenia estará intimamente relacionada ao método diagnóstico e a características da população estudada, observando-se variações entre os serviços de saúde. Em recente revisão sistemática em que se analisou 35 estudos, estimando-se a prevalência da sarcopenia de 10% (SHAFIEE *et al.*, 2017). A literatura estabelece que a prevalência da doença varie de 1 a 29% em idosos residentes na comunidade (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2014).

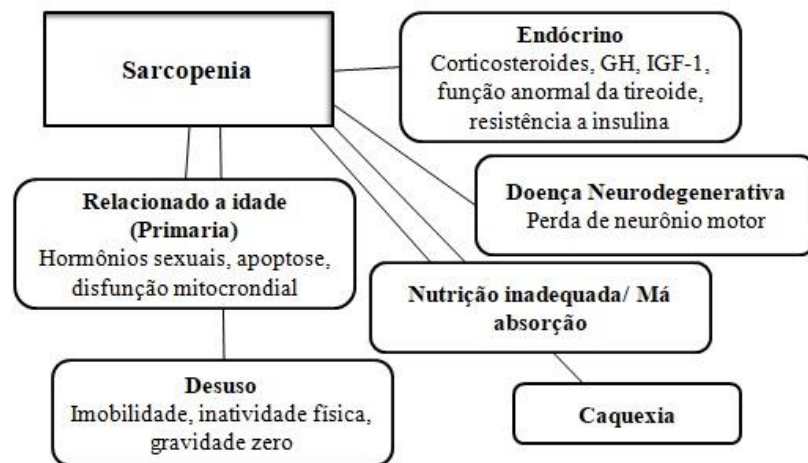
Diante do novo algoritmo de identificação da sarcopenia essa prevalência foi de 7,4% (LOCQUET *et al.*, 2019). Em outro estudo, ao aplicar o novo consenso, constatou-se que, dos 3334 idosos com 70 anos ou mais avaliados, 1% apresentavam sarcopenia e 0,8% apresentavam sarcopenia provável (SCOTT *et al.*, 2019).

Na população idosa brasileira essa prevalência está em torno de 20% entre as mulheres e 12% entre os homens (DIZ *et al.*, 2017). Em uma amostra de 598 idosos da comunidade a prevalência de sarcopenia foi de 17% em mulheres e de 28,8% em homens (CONFORTIN *et al.*, 2018). Estima-se que a prevalência da doença seja de 7,7% em idosos hipertensos e diabéticos atendidos no ambiente das UBS do Distrito Federal (RIBEIRO *et al.*, 2019). Em idosos institucionalizados, observa-se que a prevalência é de 32% para os idosos com boas condições físicas e cognitivas, e de 63,2% para aqueles com alguma limitação física e/ ou cognitiva (OLIVEIRA NETO *et al.*, 2017).

Os resultados do estudo de Oliveira Neto e colaboradores (2017) nos mostram a necessidade de novas investigações sobre os métodos diagnósticos na população idosa com restrições físicas e cognitivas, tendo em vista que a análise diagnóstica atual não leva em consideração tais limitações. Além disso, confirma-se a necessidade de validação das definições da sarcopenia em diferentes contextos populacionais, sociais e culturais para que a partir de cada realidade seja possível desenvolver pontos de cortes para a força e a massa muscular, que possam refletir de fato a realidade da população estudada (CONFORTIN *et al.*, 2018; REIJNIERSE *et al.*, 2015; ZANKER *et al.*, 2018).

Embora a etiologia da doença ainda não tenha sido totalmente elucidada, sabe-se que alguns mecanismos podem estar associados ao seu desenvolvimento (Figura 1), dentre os quais cita-se as alterações musculares, a baixa ingesta calórica e proteica, o estilo de vida sedentário e à presença de outras patologias como distúrbios endócrinos, neoplasias e a maioria das DCNT (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2010; ALEXANDRE *et al.*, 2018).

Figura 1 - Mecanismo de sarcopenia, 2010



Fonte: CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2010.

Porém, na maioria dos casos, torna-se difícil identificar uma única causa como responsável pelo processo de desenvolvimento da doença. Por isso, pode-se classificá-la como primária, quando estiver relacionada ao processo de envelhecimento, em que nenhuma outra causa possa ser evidenciada; ou secundária quando uma ou mais causas se tornam evidentes (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2010). A presença de um ou mais desses elementos, no mesmo idoso, influenciará no impacto que essa causa em sua saúde (RAMÍREZ *et al.*, 2018; GARZA-GONZALES *et al.*, 2017)

Além das dificuldades em precisar a etiologia, o diagnóstico da sarcopenia também se torna complexo, pois demanda tecnologias de alto custo e que nem sempre estão disponíveis na prática clínica. Aliado a isso, é necessário que o profissional saiba selecionar os melhores métodos de avaliação para cada uma das variáveis utilizadas na definição operacional, possibilitando determinar, de forma fidedigna, a identificação da sarcopenia na população idosa.

Recomenda-se que o processo de identificação da sarcopenia seja baseado na avaliação de três variáveis: força muscular, massa muscular e desempenho físico. Será possível suspeitar da doença na presença de baixa força muscular. O diagnóstico será confirmado mediante detecção de baixa quantidade ou qualidade muscular. E na presença de baixa força muscular, baixa quantidade ou qualidade muscular e baixo desempenho físico a sarcopenia será considerada grave (Tabela 1) (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019).

Tabela 1. Definição operacional da sarcopenia segundo a EWGSOP2

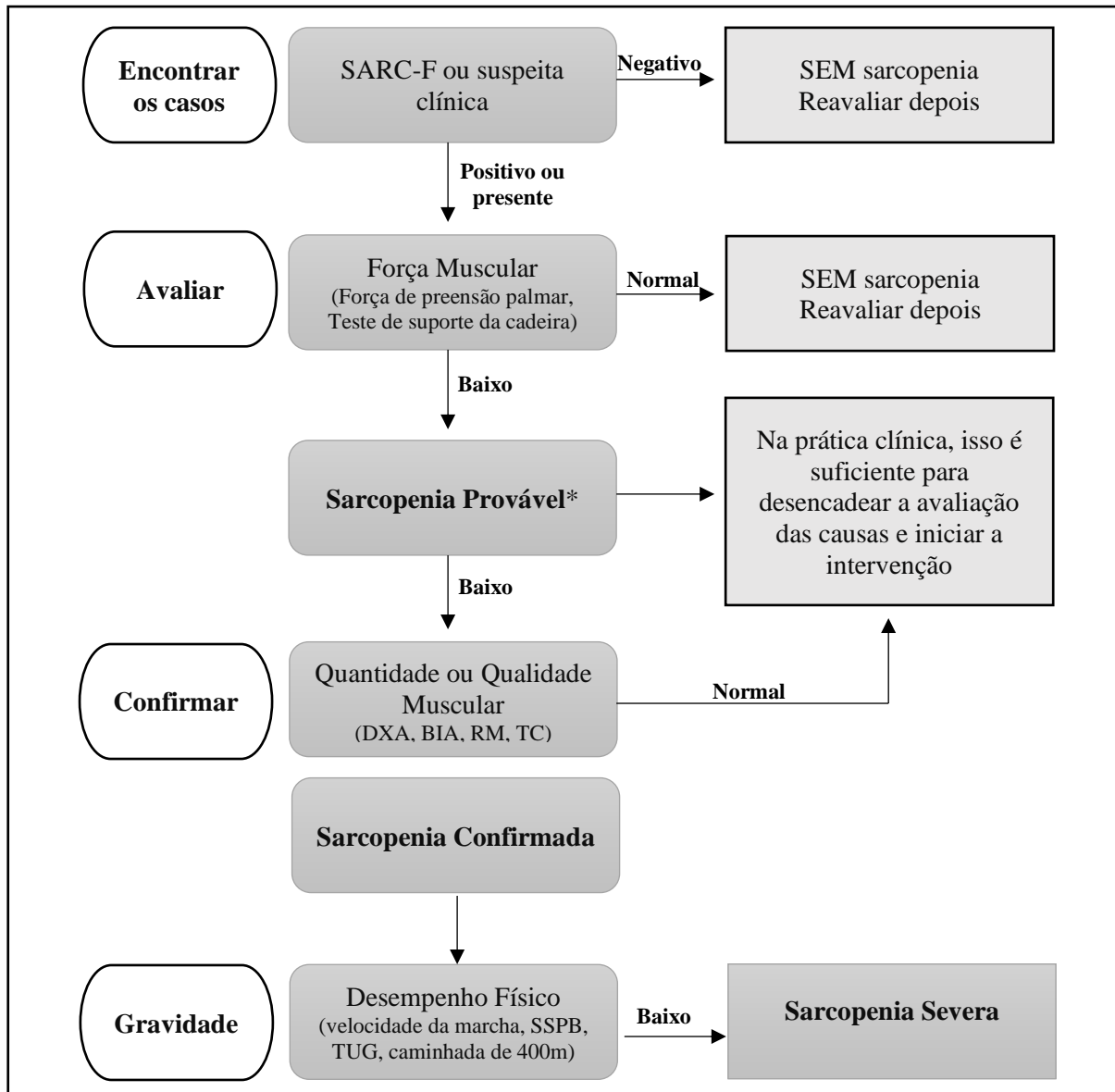
<p>A sarcopenia provável é identificada pelo critério 1 O diagnóstico é confirmado pela documentação adicional do critério 2 Se os critérios 1, 2 e 3 forem atendidos, a sarcopenia é considerada grave</p> <p>(1) Baixa força muscular (2) Baixa quantidade e qualidade muscular (3) Baixo desempenho físico</p>
--

Fonte: CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019

Na perspectiva de padronizar o rastreamento, o diagnóstico e a determinação da gravidade da sarcopenia, o EWGSOP2 disponibilizou um algoritmo para guiar esse processo (Figura 2). Esse é baseado na sequência mnemônica F-A-C-S (Find-Assess-Confirm-Severity) (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019).

Na prática clínica, a suspeita da doença pode se dar quando é relatado sinais e sintomas de queda, sensação de fraqueza, velocidade da marcha lenta, dificuldade de levantar-se de uma cadeira ou perda de peso ou de massa muscular. Como primeira etapa da investigação, recomenda-se a utilização do questionário SARC-F (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019).

Figura 2. Algoritmo para rastrear, diagnosticar e quantificar a gravidade da sarcopenia



*Desconsiderar outras causas para baixa força muscular, por exemplo, depressão, acidente vascular encefálico, distúrbios de equilíbrio e distúrbios vasculares periféricos.

Fonte: CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019.

Para cada uma das variáveis analisadas será utilizado um método diagnóstico. A força muscular será avaliada por meio da força de preensão palmar e do teste de levantar da cadeira. (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019; IBRAHIM *et al.*, 2016). O que determinará a técnica mais adequado à prática clínica ou a pesquisa será a avaliação do custo, da disponibilidade e da facilidade de uso (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2010).

O padrão-ouro, na atualidade, para avaliação da massa muscular é a Ressonância Magnética (RM) e a Tomografia Computadorizada (TC), métodos de alto custo, baixa

disponibilidade, que necessitam de pessoal altamente treinado para manuseá-los, além de expor o paciente à radiação durante o procedimento (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019; BEAUDART *et al.*, 2016). Já a qualidade muscular é um termo relativamente novo, referindo-se tanto às alterações micro quanto as macroscópicas da arquitetura e composição muscular. Ferramentas altamente sensíveis tem sido utilizadas na pesquisa para análise da qualidade muscular, como a RM, a TC, a Densitometria por emissão de raios X de dupla energia (DXA) e a Bioimpedância Elétrica (BIA). Porém, ainda não existe um consenso sobre o melhor método para avaliar essa variável na prática clínica (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019).

O desempenho físico pode ser medido pela velocidade da marcha, pelo *Short Physical Performance Battery* (SPPB), pelo *Time Up and Go Test* (TUG) e pelo teste de caminhada de 400 metros. Cada um desses testes poderá ser utilizado na maioria das situações clínicas (BRUYERE *et al.*, 2016; CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019).

A abordagem terapêutica na sarcopenia, baseia-se em intervenções que visem a hipertrofia muscular e a nutrição adequada, como requisitos essenciais para prevenir, reverter e minimizar as consequências da sarcopenia. A atividade física e a nutrição adequada são as intervenções mais efetivas quando se fala em sarcopenia.

O exercício, em especial, o treino de resistência, tem se mostrado promissor na prevenção e reversão da sarcopenia, ao atuar diretamente sobre os componentes que a determinam, promovendo a hipertrofia muscular, ganho de força e melhora no desempenho físico (CONFORTIN *et al.*, 2018; LAZARUS *et al.*, 2018; DENT *et al.*, 2018; MONTESERÍNA; ROBERTS; SAYER, 2014). Enfatiza-se, frente ao envelhecimento, que a prática regular de exercícios físicos no decorrer de toda a vida pode atuar como fator preventivo em muitas deficiências relacionadas a idade (ANTONINI *et al.*, 2011), dentre elas a Sarcopenia.

Em termos de tratamento e prevenção da sarcopenia, tem-se a ingestão adequada de macro e micronutrientes como essenciais para que o método terapêutico seja bem-sucedido. A falta de proteína em quantidade adequada na dieta e a falta de resposta anabólica a sua ingestão tem sido associadas à sarcopenia (LANDI *et al.*, 2012; DENT *et al.*, 2018).

Diante dos altos índices de sarcopenia e do impacto que ela causa na vida da pessoa idosa, é notória a necessidade de se desenvolverem políticas e programas de intervenções eficazes, de forma a minimizar ou mesmo reverter à perda da força e da massa muscular no idoso. Isto só será possível, por meio da sensibilização dos profissionais sobre as implicações da sarcopenia nessa fase da vida. Uma vez ocorrendo a doença, nesse período, é preciso que a pessoa idosa receba assistência precoce e de qualidade por parte da equipe multiprofissional e interdisciplinar, para evitar ou minimizar os resultados adversos da doença.

Desta maneira, falar em envelhecimento é abrir um leque de interpretações, tornando-se de suma importância que os profissionais de saúde entendam o processo de envelhecimento, não apenas para entender a etiologia associada às possíveis patologias, como a sarcopenia, mas fundamentalmente para conhecer e desenvolver práticas de forma a minimizar os efeitos da senescência.

2.2 A atuação do enfermeiro na atenção primária e o rastreio da sarcopenia em idosos

Nota-se, diante das mudanças no perfil da população idosa, a necessidade de ampliar o foco dos saberes e das práticas desenvolvidas pela enfermagem no cuidado a pessoa idosa. Tendo em vista que as práticas não podem se limitar a doença, aos procedimentos técnicos e as ações curativas. Para uma abordagem integral, é necessário que se desenvolva ações de promoção da saúde, de prevenção e de identificação precoce das doenças (CHIBANTE *et al.*, 2016).

Diante disso, afirma-se ser necessário que os enfermeiros tenham um conhecimento específico, competência técnica e uma avaliação crítica sobre sua prática, ao mesmo tempo em que dominem os vários tipos de saberes. Nesse mesmo entendimento, é fundamental que o enfermeiro, ao assumir o cuidado a pessoa idosa, assuma a responsabilidade ética, legal e moral, e não apenas técnica e científica.

O processo de trabalho do enfermeiro na atenção primária se caracteriza pelo desenvolvimento de ações que possam interferir no processo de saúde-doença da população, propiciando autonomia, bem como a qualidade de vida do usuário. O objetivo é desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e seus determinantes (BRASIL, 2012a).

Salienta-se que, na atenção a pessoa idosa, no contexto da atenção primária, alguns desafios devem ser superados, como a necessidade de capacitação dos enfermeiros, de modo a ampliar suas práticas, direcionando-as as necessidades do idoso (DIAS; GAMA; TAVARES, 2017). Além disso, torna-se substancial que o enfermeiro supere o olhar centrado nas queixas e nos agravos apresentados, ampliando sua visão com vistas a reconhecer que a saúde é resultante de diversos fatores, como condições de vida, acesso a serviços de saúde, ambiente físico e cultural e ao estilo de vida (TAVARES; CAMACHO; MOTA, 2017).

Ressalta-se que esses profissionais têm possibilidades cada vez maiores de prevenir, retardar, tratar e até mesmo reverter a sarcopenia, por meio de intervenções precoces e eficazes, uma vez que, quando detectada em seus estágios iniciais será possível minimizar e/ou prevenir o desenvolvimento de resultados adversos, como as quedas (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019;

YOSHIMURA *et al.*, 2017; MONTESERÍNA; ROBERTS; SAYER, 2014). A avaliação do idoso com sarcopenia deve ser integral, incluindo seus familiares, a fim de educa-los sobre questões relacionadas a prevenção e tratamento da doença (CORTÉS; FERNÁNDEZ; SAN MIGUEL, 2018).

Tendo em vista que, o diagnóstico apropriado da sarcopenia ainda é difícil de se obter, e como os métodos padrão-ouro são caros e não universalmente disponíveis na prática clínica, em especial, na atenção primária, testes com boa sensibilidade para rastreio da sarcopenia tornam-se fundamentais, pois permitem a seleção de pacientes que possam se beneficiar com o diagnóstico confirmatório (FILIPPIN *et al.*, 2017).

Filippin (2015) propõe que os instrumentos de rastreamento da sarcopenia sejam inseridos na atenção primária, propiciando a identificação precoce dos idosos mais vulneráveis a doença. O autor destaca que, pelo fato de os instrumentos serem de fácil manuseio, qualquer profissional da equipe de saúde poderá aplicá-lo. Assim, é possível a identificação de idosos inicialmente acometidos pela a condição e, assim, propor intervenções terapêuticas precoces e preventivas.

A sarcopenia deverá ser rastreada regularmente pois todos os idosos tem risco em desenvolvê-la, particularmente aqueles com baixos níveis de atividade física (LAW; CLARK; CLARK, 2016). Há evidências científicas de que os idosos acima de 65 anos devem ser rastreados anualmente para a sarcopenia, ou após a ocorrência de eventos como quedas que resultarem em hospitalização (DENT *et al.*, 2018).

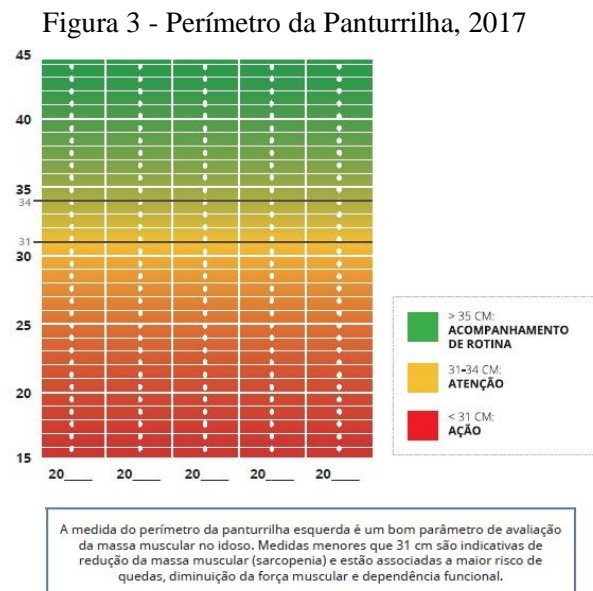
O rastreio da sarcopenia deve ser oportuno, por exemplo, na consulta anual do idoso ou durante as campanhas de vacinação (DENT *et al.*, 2018). Aliado a isso, tem-se que a sarcopenia sobrecarrega o sistema de saúde, o cuidador e o próprio idoso (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2014). O rastreio tem-se mostrado um método efetivo na identificação inicial do usuário com sarcopenia (KIM; KIM; WON, 2018; IDA *et al.*, 2017; KEMMLER *et al.*, 2017; ROLLAND *et al.*, 2017; CAO *et al.*, 2013; PARRA-RODRIGUEZ *et al.*, 2016; BARBOSA-SILVA *et al.*, 2016). Porém, novos estudos são primordiais para determinar de fato o intervalo de tempo em que essa prática deverá ser realizada (DENT *et al.*, 2018).

A EWGSOP2 recomenda o uso do questionário SARC-F como forma de rastrear os pacientes com sinais característicos de sarcopenia (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019). Em consonância, Dent e colaboradores (2018) destacam, como padrão-ouro no rastreio da doença, a velocidade da marcha e o SARC-F.

Trazendo para a realidade nacional, na atenção primária, ainda não dispomos de instrumentos específicos para rastrear a sarcopenia. Diante disso, o enfermeiro poderá rastrear

o declínio da massa muscular por meio da avaliação da Circunferência da Panturrilha (CP), presente na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI). A CSPI é um recurso barato, de fácil manuseio e largamente disponível na atenção primária (BRASIL, 2017a).

A caderneta disponibiliza um gráfico (Figura 3) de monitoramento da massa muscular, mostrando que, se o perímetro da panturrilha for inferior a 31 cm será indicativo de redução da massa muscular, o que é denominado na caderneta de sarcopenia, estando associado ao maior risco de queda, diminuição da força muscular e dependência funcional (BRASIL, 2017a).



Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (2017a, p. 16)

Destaca-se que, a avaliação da CP, de acordo com o protocolo da EWGSOP2, deverá ser utilizada em substituição aos métodos de rastreamento, como o SARC-F, apenas em locais onde não exista outras técnicas disponíveis para avaliação da massa muscular (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019).

Sabe-se que a massa muscular, sozinha, não caracteriza a sarcopenia, uma vez que, segundo Cruz-Jentoft e colaboradores (2019) o seu status é determinado pela diminuição da força muscular em associação com a diminuição da massa muscular. Porém, ao analisar separadamente essas variáveis, constata-se que o declínio da massa muscular não ocorre paralelamente ao declínio da força muscular, estando à massa muscular mais associada à presença de doenças crônicas, o que torna seu monitoramento de fundamental importância, tendo em vista que seu declínio acarreta incapacidades e dependência (FIELDING *et al.*, 2011).

Apesar de sua importância na prática clínica, a avaliação da força e da massa muscular tem se mostrado um desafio aos serviços de saúde, sendo, portanto, pouco descrita no contexto

da prática do enfermeiro, uma vez que a sua determinação com precisão requer exames de alto custo (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019).

A identificação precoce da sarcopenia é imprescindível, pois há evidências crescentes de que as intervenções terapêuticas precoces podem reverter e minimizar os efeitos da sarcopenia sobre a saúde do idoso (RUBIO; GRACIA, 2018; RENDÓN; OSUNA, 2018; CRUZ-JENTOFT, 2017; MALMSTROM; MORLEY, 2013). No entanto, apenas um em cada cinco profissionais sabe como diagnosticar a sarcopenia aplicando as definições operacionais disponíveis (REIJNIERSE *et al.*, 2017).

Aliado aos métodos de rastreio, recomenda-se o emprego do julgamento crítico do profissional da atenção primária ao orientar o manejo do usuário, considerando as comorbidades preexistentes, as medicações em uso, as preferências e a cultura do idoso, promovendo cuidados centrados na pessoa e tomadas de decisões compartilhadas (DENT *et al.*, 2018).

Ao rastrear o idoso com sarcopenia, deve-se encaminhá-lo para avaliação adicional para confirmar o diagnóstico, tendo em vista que a sarcopenia não tratada pode aumentar rapidamente o risco de declínio funcional e mortalidade (DENT *et al.*, 2018; LIGUORI *et al.*, 2018). Pode-se considerar o encaminhamento do usuário idoso a um fisioterapeuta ou a um educador físico para avaliação adicional e construção de um programa de treinamento de resistência individual. Encaminha-o, ainda, a um nutricionista para suplementação proteica. Salienta-se que, o gerenciamento da sarcopenia requer uma equipe multiprofissional para o desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado, tanto para tratar a doença quanto para preveni-la (DENT *et al.*, 2018).

Diante do acelerado envelhecimento populacional, torna-se evidente que o número de idosos sarcopênicos aumentará consideravelmente nos próximos anos, sendo esse público o principal grupo de risco para essa condição. Diante disso a detecção precoce torna-se uma prioridade de saúde pública, tendo em vista as consequências acarretadas pela doença.

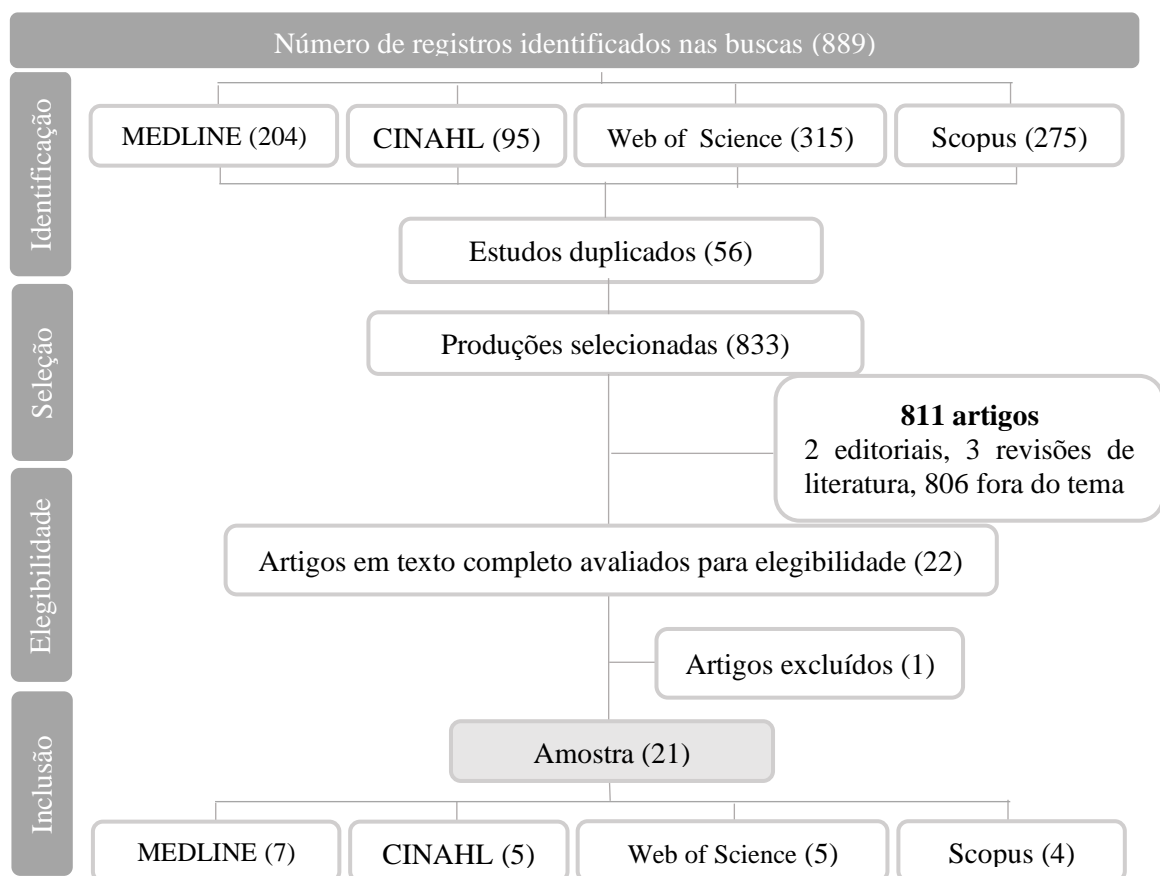
2.3 Uso do SARC-F como instrumento de rastreio da sarcopenia em idosos

Para embasar a discussão acerca das práticas de rastreio da sarcopenia em idosos, realizou-se uma revisão integrativa da literatura nas bases eletrônicas de dados: Web of Science™, Medical Literature Analysis and Retrieval System on line (MEDLINE® via PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL® - Ebsco) e

Scopus®, com o objetivo de analisar na literatura o uso do SARC-F como instrumento de rastreio da sarcopenia em idosos.

Inicialmente, foram localizadas 889 publicações potencialmente elegíveis. Após leitura do título e resumo, 56 eram duplicadas e foram excluídas. Do total restante (n=833), após aplicação dos critérios de seleção, foram excluídas 811 publicações. Assim, compuseram a amostra 21 estudos primários (Figura 4).

Figura 4. Processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão das produções científicas disponíveis nas bases de dados investigadas, 2018



O SARC-F é o principal instrumento de rastreio da sarcopenia, uma ferramenta prática, de rápido e fácil manuseio, que permite rastrear a sarcopenia em idosos na atenção primária, além de ser um preditor robusto de resultados adversos à saúde (Tabela 2). O questionário é baseado em cinco perguntas autorreferidas sobre força, deambulação, levantar-se de uma cadeira, subir um lance de escadas e queda. A pontuação total do SARC-F varia de 0 a 10 pontos, sendo o escore igual ou superior a 6 sugestivo de sarcopenia e resultados adversos (MALMSTROM, MORLEY, 2013).

Tabela 2. Versão em português do SARC-F, 2016

Componente	Pergunta	Pontuação
Força	O quanto de dificuldade você tem para levantar e carregar 5kg?	Nenhuma = 0 Alguma = 1 Muita, ou não consegue = 2
Ajuda para caminhar	O quanto de dificuldade você tem para atravessar um cômodo?	Nenhuma = 0 Alguma = 1 Muita, uso apoios, ou incapaz = 2
Levantar da cadeira	O quanto de dificuldade você tem para levantar de uma cama ou cadeira?	Nenhuma = 0 Alguma = 1 Muita, ou não consegue sem ajuda = 2
Subir escadas	O quanto de dificuldade você tem para subir um lance de escadas de 10 degraus?	Nenhuma = 0 Alguma = 1 Muita, ou não consegue = 2
Quedas	Quantas vezes você caiu no último ano?	Nenhuma = 0 1-3 quedas = 1 4 ou mais quedas = 2

Somatório (0-10 pontos)

0-5: sem sinais sugestivos de sarcopenia no momento (cogitar reavaliação periódica)

6-10: sugestivo de sarcopenia (prosseguir com investigação diagnóstica completa)

Fonte: BARBOSA-SILVA *et al.*, 2016

Recomenda-se a utilização do questionário SARC-F, como primeira etapa da investigação, quando relatado pelo usuário sinais e sintomas de queda, sensação de fraqueza, velocidade da marcha lenta, dificuldade de levantar-se de uma cadeira ou perda de peso ou de massa muscular (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019).

A validação do SARC-F foi demonstrada por vários estudos, em que o questionário foi comparado com definições de painéis de consensos no rastreamento da sarcopenia e na previsão de resultados adversos para a saúde em estudos populacionais nos Estados Unidos da América (MALMSTROM *et al.*, 2016), México (PARRA-RODRIGUEZ *et al.*, 2016), Alemanha (KEMMLER *et al.*, 2017), França (BEAUDART *et al.*, 2017b), Brasil (BARBOSA-SILVA *et al.*, 2016), Turquia (BAHAT *et al.*, 2018), China (WOO; LEUNG; MORLEY, 2014), Taiwan (WU *et al.*, 2016), Coreia do Sul (KIM; KIM; WON, 2018) e Japão (IDA *et al.*, 2016).

A prevalência da sarcopenia rastreada pelo SARC-F variou de 6,1% a 39,8% (KEMMLER *et al.*, 2017; MALMSTROM *et al.*, 2016, WU *et al.*; IDA *et al.*, 2016).

Verificando-se que a prevalência varia com a idade, tornando-se mais prevalente à medida que os idosos vão se tornando mais longevos (CAO *et al.*, 2013; TANAKA *et al.*, 2017).

A sarcopenia em idosos com idade entre 65 e 74 anos correspondeu a 18,3%, naqueles com idade entre 75 e 84 anos a 22,8%, já os idosos que apresentaram idade superior a 85 anos a 60,0% (TANAKA *et al.*, 2017). Comparando as definições estabelecidas pelos consensos sobre a sarcopenia e o SARC-F, observou-se a prevalência de 66,2%, quando utilizado os parâmetros do EWGSOP, 43,2% ao usar o IWGS, 50% com a FNIH e 33,5% ao utilizar o SARC-F (KEMMLER *et al.*, 2017).

Por meio dessa revisão, pode-se concluir que o SARC-F é uma ferramenta prática, com desempenho estabelecido para prever resultados adversos e identificar rapidamente a sarcopenia em idosos, que poderia ser facilmente utilizada na atenção primária, no intuito de reduzir investigações diagnósticas desnecessárias, desvantajosas em termos de custo, tendo em vista que esse é o grande desafio para a avaliação da doença. Porém, ainda não temos esta ferramenta disponível, na atenção primária.

2.4 A Atenção Primária à Saúde e as Políticas Públicas de Atenção à Pessoa Idosa

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como um conjunto de ações de saúde direcionadas tanto ao indivíduo como a coletividade. Essas ações são desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, as quais abrangem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2006a).

Dentro do contexto mundial, variadas interpretações caracterizam a APS. A seletiva é entendida como um programa específico destinado a populações e regiões pobres, às quais se oferta um conjunto restrito de tecnologias simples e de baixo custo, sem possibilidades de acesso a tecnologias de maior densidade. Já, a APS como nível primário do sistema de saúde é vista como modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas de saúde mais comuns. E a APS como estratégia de organização do sistema de saúde é compreendida como uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos desse sistema para satisfazer às demandas e representações da população, o que implica a inserção da APS em Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2015).

A Portaria 4.279 de 2010 define as RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, vinculados entre si por objetivos comuns, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a

integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Porém, para que a RAS possa garantir a integralidade da atenção é imprescindível que a APS esteja organizada, coordenando o cuidado, sendo a responsável pelo fluxo de usuários na RAS (MENDES, 2015).

Ou seja, a APS deve ser a porta de entrada, o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e ser o centro de comunicação com toda a RAS (MENDES, 2015; FIOCRUZ; CNS, 2018). Salienta-se que uma atenção primária bem organizada poderá solucionar de 87,5 a 91% dos problemas apresentados pelos usuários (MENDES, 2015).

A APS sustenta-se no modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF) que tem como prioridade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. A ESF, surge para reorganizar as práticas assistenciais desenvolvidas na APS, antes orientadas pelo modelo biomédico, e agora focalizada na família, entendida e percebida a partir do ambiente físico e social ao qual está inserida, possibilitando-se a compreensão abrangente do processo saúde-doença e que as intervenções devem ir além das práticas curativas (BRASIL, 2012a).

É inegável os avanços ocorridos na APS no SUS viabilizando o acesso universal com a ampliação da oferta, facilitação do acesso, maior disponibilidade de serviços expressos na expansão da ESF com atuação de mais de 41 mil equipes multiprofissionais, presentes em 5400 municípios, atendendo 130 milhões de brasileiros (FIOCRUZ; CNS, 2018).

Porém o acelerado envelhecimento populacional se mostra como um desafio a atenção primária, ao passo que exige uma resposta rápida e adequada do Estado por meio da implantação e implementação de políticas públicas de saúde que priorizem a prevenção de doenças, a promoção da saúde, a manutenção da independência e a autonomia da pessoa idosa.

O envelhecimento impõe mudanças na lógica assistencial do sistema de saúde, pois tal fato eleva o número de atendimentos aos portadores de DCNT e incapacidades funcionais. Em consequência disso, a procura por serviços de saúde, assim como os seus custos têm se elevado, impondo desafios ao sistema com a necessidade de novos paradigmas de prestação de cuidados (BALDONI; PEREIRA, 2011).

Diante desse complexo perfil de necessidades, a APS deve disponibilizar uma assistência contínua, multidisciplinar e que contemple todos os níveis de cuidado, assegurando a realização de ações e serviços de saúde que promovam a saúde e o bem-estar dessa população (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Neste contexto, exige-se a realização de políticas adequadas às reais necessidades e que sejam capazes de responder às demandas atuais e futuras da população idosa.

Um marco dessa trajetória pela busca de melhores condições de saúde a população idosa, foi a Constituição Federal de 1988, que ao introduzir o conceito de seguridade social, retira o foco da rede de proteção social do assistencialismo, passando a ter um caráter ampliado de cidadania e responsabilizando as famílias pelo acolhimento e cuidado com a pessoa idosa. O referido documento relata que “os pais tem o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores tem o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade” (BRASIL, 1988).

Outro importante marco na evolução das políticas voltadas a pessoa idosa, é a Política Nacional do Idoso (PNI), instituída pela Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, cujo objetivo era o de assegurar os direitos sociais do idoso, a partir da criação de condições para a promoção da autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994). Em 1999, surgiu a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), por meio da portaria ministerial nº 1.395, cujo foco central está na promoção do envelhecimento saudável por intermédio da manutenção da capacidade funcional, ao valorizar a autonomia e preservar a independência física e mental do idoso (BRASIL, 1999).

Outro documento importantíssimo nessa área, é o Estatuto do Idoso. Trata-se da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que regula e reconhece os direitos das pessoas que possuem idade igual ou superior a 60 anos. Este dispositivo legal exige um redirecionamento de prioridades das linhas de ação das políticas públicas, consolidando os direitos já assegurados na Constituição Federal, sobretudo tentando proteger o idoso em situação de risco social (BRASIL, 2003).

Vale ressaltar, como marco no SUS, em relação a atenção a saúde da pessoa idosa, a Portaria Ministerial nº 399, de fevereiro de 2006, que trata sobre o Pacto pela Saúde. Esse pacto abrange três dimensões, sendo o Pacto pela Vida o que propõe como uma de suas prioridades a atenção à saúde do idoso (BRASIL, 2006b).

O Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria nº 2.528, regulamentou, em 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). No contexto do envelhecimento, a PNSPI direciona as medidas coletivas e individuais de saúde para a população idosa, de forma a minimizar os efeitos do envelhecimento e garantir a manutenção das habilidades físicas e mentais para que o idoso tenha uma vida independente e autônoma (BRASIL, 2006c). A PNSPI juntamente com o Pacto pela vida, determinam que a APS seja a porta de entrada para a assistência a pessoa idosa.

É necessário mencionar que, no mesmo ano, foi lançado o Caderno de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa com a finalidade de facilitar a prática diária dos

profissionais que atuam na APS, ao disponibilizar instrumentos e protocolos clínicos no sentido de auxiliarem na adoção de condutas apropriadas às demandas dessa população. Estes servem, ainda, para subsidiar os processos de capacitação dos profissionais que atuam na atenção primária (BRASIL, 2006c).

Dentro da PNSPI, o MS criou a caderneta de saúde da pessoa idosa, um dispositivo de acompanhamento do processo de envelhecimento com objetivo de qualificar a atenção dada às pessoas idosas no âmbito do SUS. Criada para facilitar a avaliação periódica do quadro geral de saúde do idoso e de outros aspectos que possam interferir em seu bem estar, além de dar subsídios para planejar ações específicas que visem um atendimento integral, e por meio do qual possam diminuir a morbimortalidade, identificar os idosos frágeis ou dependentes, imunizar e acompanhar adequadamente os idosos vulneráveis. É ainda por intermédio das informações registradas na caderneta que se dará o planejamento de políticas públicas de saúde voltadas para o cuidado visando um envelhecimento ativo e saudável (BRASIL, 2006c).

A importância da caderneta como ferramenta de gestão para a atenção primária é reafirmada pelo estudo de Ferreira (2010), ao destacá-la como um instrumento que veio contribuir para a produção de informações de qualidade, na perspectiva de oferecer ao idoso um cuidado integral, em que o profissional possa estabelecer um plano assistencial que atenda às necessidades do usuário, direcionando as ações por possibilitar a promoção da saúde e a prevenção das doenças, minimizando os riscos e os agravos.

Em 2015, foi lançado o Relatório Mundial do Envelhecimento pela OMS. Este afirma que para garantir que as políticas públicas voltadas à pessoa idosa sejam, de fato, efetivas, é necessário que estas estejam fundamentadas em “três pilares: combate à discriminação etária, autonomia e apoio ao envelhecimento saudável” (OMS, 2015, p.20).

O termo envelhecimento ativo tem ganho destaque nas últimas décadas, sendo entendido como “(...) um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2015, p. 13). Segundo a definição, o envelhecimento ativo se baseia em três pilares: a saúde, a participação e a segurança. O Centro Internacional de Longevidade do Brasil, acrescentou mais um pilar, a aprendizagem ao longo da vida (CENTRO INTERNACIONAL DA LONGEVIDADE-BRASIL, 2015). A partir destas premissas será possível à criação de políticas e/ou programas voltados ao envelhecimento ativo, que consigam melhorar a questão de saúde e a inserção do idoso como participante ativo da sociedade.

Dentro do escopo de atendimento da APS a assistência ao idoso deverá ser realizada com qualidade, integralidade e resolubilidade, com ações voltadas para o enfrentamento das

dificuldades associadas ao processo de envelhecimento, com uma abordagem preventiva e de intervenção precoce. Para que a ESF atinja seus reais objetivos, quando se trata da saúde da pessoa idosa, é necessário ampliar as discussões em relação à temática de forma a reduzir os obstáculos decorrentes das fragilidades organizacionais e deficiências relacionadas à capacitação da equipe e falta de infraestrutura (SÁ, 2016).

Aliado a isso, torna-se fundamental a capacitação e sensibilização do enfermeiro, que as UBS disponham de insumos e equipamentos necessários ao atendimento do idoso, isso inclui uma estrutura física adequada, além da utilização de protocolos operacionais, uma vez que neles estão definidas as diretrizes norteadoras de todas as ações no setor da saúde que possibilitam o atendimento as demandas da população idosa, promovendo o envelhecimento ativo e saudável.

Demonstra-se que os problemas relacionados ao uso e acesso aos serviços de saúde, e a inadequação do modelo de atenção para atender a demanda dos idosos são os dificultadores para que esse processo se torne eficaz (LOUVISON *et al.*, 2008). No que tange a estrutura física, as unidades de saúde mostram-se inadequadas, principalmente no tocante a sinalização e acessibilidade (MARTINS *et al.*, 2014).

Evidencia-se que a enfermagem pode contribuir consideravelmente para o desenvolvimento e o bom funcionamento da APS. Porém, atualmente, esses profissionais enfrentam situações que limitam sua capacidade e muitas vezes seu pleno potencial (OPAS, 2018). Tal situação requer, sobretudo, um quantitativo maior de enfermeiros qualificados, permitindo que estes retomem seu papel na atenção primária, dando respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A vida e a obra de Paulo Freire

Paulo Reglus Neves Freire, nasceu em Recife, Pernambuco, no dia 19 de setembro de 1921, filósofo e educador cuja obra em extensão e relevância ultrapassou as barreiras nacionais e ganhou dimensão internacional. Desde cedo sentiu na pele as dificuldades de sobrevivência das classes desfavorecidas. Suas obras e pensamentos (1921-1997) refletem o contexto que esteve inserido no início de sua trajetória de vida, sempre buscando fortalecer o oprimido e lutar contra as injustiças, enaltecendo a liberdade, a justiça, a ética e a autonomia do ser humano.

A primeira expressão de sua filosofia educacional pode ser percebida em sua tese, apresentada na Universidade do Recife em 1958. Destacou-se, principalmente, no trabalho realizado no Rio Grande do Norte, em Angicos, onde teve início suas primeiras experiências com alfabetização de adultos. Em 1963, Paulo Freire foi convidado a coordenar a criação do Programa Nacional de Educação, em Brasília (HEIDERMANN; ALMEIDA, 2011).

Diante do Golpe Militar de 1964, Paulo Freire se viu obrigado a exilar-se no Chile, permanecendo lá de 1964 a 1969. O autor foi acusado de subversão da ordem, pois lutava para defender a necessidade de campanhas de alfabetização, as quais visavam a formação crítica e cidadã dos menos favorecidos socialmente. Durante o período em que esteve exilado no Chile, o educador consolidou seu método de alfabetização e o pensamento político pedagógico. Foi nesse momento que escreveu sua principal obra: *Pedagogia do Oprimido*, publicada em 1970 (PRADO; SCHMIDT, 2016).

Em 1980, depois de 16 anos de exílio, Paulo Freire retorna ao Brasil. Nesse período, lecionou na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e na Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP), em São Paulo. Diante da morte de Elza Freire, sua primeira esposa, em 1985, o filósofo fica extremamente depressivo. Porém, após dois anos de viuvez, casou-se novamente, com Ana Maria Freire, nomeada, legalmente, como sua sucessora intelectual. Ana Maria reuniu uma gama de documentos acerca da vida e obra de seu marido e, em 2006, publicou o livro *“Paulo Freire: uma história de vida”*. Entre 1989 e 1991, Paulo Freire, trabalhou como secretário da educação do Estado de São Paulo (FREIRE, 2017).

O autor tem uma vasta obra literária, livros que já foram traduzidos para diversas línguas. Dentre os mais conhecidos cita-se: *“Educação como prática de liberdade”*, *“Pedagogia do oprimido”*, *“Pedagogia da autonomia”* e *“Pedagogia da indignação”*.

Em suas obras, Paulo Freire busca a conscientização do indivíduo, para reconhecer-se como pessoa (HEIDERMANN; ALMEIDA, 2011). O autor desenvolveu o “Método Paulo Freire” de ensinar, de empoderar, em que as pessoas participam ativamente da troca de saberes do vivido e da experiência (FREIRE, 2017). Em suas obras trabalha, principalmente, com os conceitos de homem, diálogo, cultura, conscientização, transformação, práxis, opressor/oprimido, educação bancária/libertadora, emancipação e Círculo de Cultura (HEIDEMANN; ALMEIDA, 2011).

Em 1991, o autor idealizou o Instituto Paulo Freire, pois desejava reunir pessoas e instituições que vislumbrassem uma educação humanizadora e transformadora, e que quisessem aprofundar suas reflexões, melhorar suas práticas e fortalecer a luta pela construção de um mundo possível (INSTITUTO PAULO FREIRE, 2014). Por sua importância mundial, Paulo Freire, recebeu o título de Patrono da Educação Brasileira, por meio da Lei nº 12.612, de 13 de abril de 2012 (BRASIL, 2012b).

Em 2 de maio de 1997, em São Paulo, o autor morreu vítima de infarto agudo do miocárdio. Apesar de sua morte, Paulo Freire deixou um legado que atravessa e rompe fronteiras. Atualmente, seu pensamento é utilizado por diversas áreas do conhecimento. Em sua teoria, observa-se a defesa da educação como um ato político e dialógico, e ao mesmo tempo, rigoroso, intuitivo, imaginativo e afetivo.

3.2. Concepções teóricas e conceituais de Paulo Freire

O presente trabalho busca refletir sobre os saberes e as práticas dos enfermeiros da atenção primária no que diz respeito ao rastreamento da sarcopenia em idosos, para isso, buscou-se embasamento na Teoria Dialética de Paulo Freire (2011), a qual se baseia no caráter dialógico e problematizador das relações e da inconclusão do homem, que se encontra em permanente processo de aprendizagem.

O diálogo libertador de Freire (2018) expressa a constante capacidade de transformação, no qual o conhecimento é visto como inacabado, contínuo e progressivo, e o homem assume o papel de “sujeito” com atitudes críticas, reflexivas e históricas. Freire vislumbra a educação como um ato libertador, por meio do qual as pessoas seriam agentes que operam e transformam o mundo.

Em suas obras, é possível notar uma relação entre a liberdade, a educação e a consciência crítica, ao conjecturar que “uma educação que procura desenvolver a tomada de consciência e a atitude crítica, (...) liberta-o [o homem] em lugar de submetê-lo, de domesticá-

lo, de adaptá-lo (...)” (FREIRE, 2013b, p.19). “A conscientização implica, pois, que ultrapassemos a esfera espontânea de apreensão da realidade para chegarmos a uma esfera crítica [...] (FREIRE, 2018, p.30)”.

Diante disso, na Teoria da Conscientização (2018) Freire afirma que o homem é capaz de dominar os instrumentos de ação à sua disposição, ou seja, o homem, por intermédio de suas práticas, torna-se agente transformador de seu universo sociocultural e histórico. Na visão do autor, o homem é um ser incluso, histórico e, como tal, contextualizado. Porém, enfatiza-se que em todo homem existe um ímpeto criador que nasce da sua inclusão, e diante disso, o indivíduo deve buscar a transformação de sua realidade para “ser mais”, passando a se constituir como sujeito e não objeto de sua própria realidade (FREIRE, 2018).

A teoria freiriana afirma que para ser válida, a ação educativa deve estar, necessariamente, precedida de reflexão sobre o homem e de uma análise do seu meio, além de possibilita que o indivíduo adquira a consciência e atitude crítica no sentido de mudar a realidade. Em adição, a educação permite que, ao se integrar às condições de seu contexto de vida, o homem, realiza reflexão e obtém respostas aos desafios que lhe representam, criando cultura e fazendo história, pois, na medida em que ele cria e decide, ele a transforma. A educação deve pressupor que o homem chegue a ser sujeito, construir-se como pessoa, transformar o mundo, estabelecer relações de reciprocidade, fazer cultura e história (FREIRE, 2013b).

Ressalta-se que alguns conceitos embasaram as análises dos achados desta investigação, como: o diálogo, a cultura, a história, a conscientização e a libertação. O diálogo é compreendido, por Freire (2011), como a própria palavra que possui em suas dimensões a ação e a reflexão. É o encontro dos homens, em que há troca de ideias sobre suas experiências, a partir do saber que cada indivíduo possui. O diálogo impõe-se como o caminho a ser percorrido pelo homem para que encontre seu significado enquanto homem, o diálogo, é, pois, uma necessidade existencial. É o encontro em que se unem a ação e a reflexão direcionados ao mundo a ser transformado e humanizado (FREIRE, 2013a).

Segundo Paulo Freire (2013a), a existência humana é construída, não somente no silêncio, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão, com base nas relações que se estabelecem entre si, mediadas pelo mundo em que vivem. Nessa perspectiva, apenas a palavra verdadeira é práxis, e que por sua vez significa ação transformadora que desvela a realidade, permitindo sua compreensão. E ao exercerem a palavra verdadeira, os homens se pronunciam ao mundo, ganhando significação enquanto seres humanos.

Por sua vez, a cultura é descrita como todo o resultado da atividade humana, do esforço criador e recriador do homem, de seu trabalho por transformar e estabelecer relações de diálogo com outros homens (FREIRE, 2018). Portanto, a cultura é fruto da crítica, criadora e sistemática da experiência humana. Salienta-se que essa não deve ser compreendida como a união de informações armazenadas na memória e não incorporadas no ser total e na vida plena do homem.

O homem é criador de cultura e também fazedor de história. A história é a possibilidade de reconhecimento e fortalecimento das culturas e das identidades. A história é compreendida por Paulo Freire (2018, p. 38), a partir do princípio de que:

Um homem faz história na medida em que, captando dos temas próprios de sua época, pode cumprir tarefas concretas que supõe a realização destes temas. Também faz história quando, surgirem os novos temas, ao se buscarem valores inéditos, o homem sugere uma nova formulação, uma mudança na maneira de atuar, nas atitudes e nos comportamentos. Insistamos em que o homem, para fazer a história, tem de haver captado os temas. Do contrário, a história o arrasta, em lugar dele fazê-la (FREIRE, 2018, p.38).

Por sua vez, a conscientização, é a ação transformadora, que parte das situações vividas e implica em retorno crítico à realidade em que se inserem os indivíduos. Nas palavras de Freire (2018, p. 13), conscientizar “não é representação, mas condição de apresentação”. Diante desse conceito, foi possível a análise do objeto deste estudo, ao passo que a conscientização é essencial para que o homem assuma sua posição de “sujeito” e possa transformar sua realidade.

O processo de conscientização conduzirá o homem a um olhar mais crítico de sua realidade. Para o autor, é necessário que o indivíduo saia de sua consciência ingênua para uma consciência mais crítica da realidade. O senso crítico adquirido possibilita que o indivíduo se modifique e, a partir daí, transforme sua realidade. A conscientização crítica, nada mais é do que “a representação das coisas e dos fatos como se dão na existência empírica. Nas suas correlações causais e circunstanciais” (FREIRE, 2013a, p. 138).

A partir da concepção do educador pernambucano, compreende-se que a conscientização tem como característica a “libertação” do homem. De acordo com o autor (2018), quanto mais o homem se conscientiza mais se desvela da realidade. Por isso, o indivíduo deve penetrar na essência dos fatos ou dos objetos, para a partir daí, analisa-los de perto, assumindo frente a isso uma atitude de ação reflexiva.

Outro pressuposto adotado por Freire (2012) é a liberdade, que compreende o ato de criar e de propor o que e como aprender, herdando a experiência adquirida, criando e recriando,

integrando-se às condições de seu contexto, respondendo os seus desafios, objetivando-se a si próprio, discernindo, transcendendo, lançando-se no domínio da história e da cultura.

Os saberes descritos e praticados por Paulo Freire procuram transformar os sujeitos, entre os quais se criam relações de cuidado e de afeto, por meio de uma relação ética e humanística pautada no respeito ao ser humano e aos seus valores e crenças. Dentro de sua teoria, ainda traz a compreensão de que todo homem é portador de saberes e que são imprescindíveis para que se possa estabelecer uma articulação de amorosidade e de trocas (FREIRE, 2013b).

A seleção desses conceitos foi importante para embasar as discussões sobre os saberes e práticas do enfermeiro da atenção primária sobre o rastreamento da sarcopenia na população idosa, por acreditar que a metodologia conscientizadora e libertadora, proposta por Freire, ampliara as fronteiras de atuação dos profissionais em uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial com maior resolutividade nas ações de saúde voltadas a pessoa idosa.

Com base no diálogo libertador de Freire, foi possível estabelecer uma comunicação, uma relação de reciprocidade e respeito com os enfermeiros, permitindo assim, buscar no universo de trabalho desses os saberes e as práticas dispensadas no rastreio da sarcopenia na perspectiva de transformação da realidade em que estão inseridos, identificando as possibilidades, as demandas e as necessidades de intervenções, bem como desvelando suas dificuldades.

4 MÉTODO

4.1 Natureza do estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Optou-se por esse método por abordar o universo dos significados, trabalhando com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Estando assim, em consoante com a proposta metodológica utilizada no estudo, que visa conhecer os saberes e as práticas dos indivíduos inseridos em um contexto sócio, histórico e cultural e os efeitos de sentido produzidos (MINAYO, 2014).

Este estudo, também foi desenvolvido, tomando como princípio a investigação descritiva que tem como propósito, conforme Dyniewicz (2014), observar, descrever, explorar e interpretar a realidade, por meio da identificação de sua ocorrência, natureza e características, o que proporciona um aprofundamento dos fenômenos em suas dimensões, variações e significados, levando em consideração a subjetividade descrita pelo indivíduo.

4.2 Cenário do estudo

O cenário de estudo foi a área de abrangência das UBS da Secretária Municipal de Saúde da cidade de Timon, Município do Estado do Maranhão, localizado na região nordeste, Brasil. O município conta com 38 UBS na zona urbana, onde estão inseridas 47 equipes da ESF (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE TIMON-MA, 2016).

O cenário da pesquisa foi escolhido em função da carência de estudos no Município de Timon-MA, que avaliem a situação de saúde da pessoa idosa, e também porque uma das pesquisadoras reside no referido município, tendo a oportunidade de vivenciar de perto o processo de trabalho destes profissionais, estabelecendo um primeiro diagnóstico da situação, dos problemas prioritários e de eventuais ações, sendo apreciada prospectivamente a viabilidade da pesquisa.

4.3 Participantes do estudo

Participaram da pesquisa enfermeiros atuantes na atenção primária da zona urbana do Município de Timon-MA. O quantitativo de enfermeiros no referido município é de 57 profissionais, sendo 47 lotados na zona urbana. Os participantes foram selecionados de acordo com o interesse e a disponibilidades em participar da pesquisa. Os critérios de inclusão foram:

serem enfermeiros atuantes na atenção primária da zona urbana. Não houve delimitação temporal do vínculo de trabalho do enfermeiro, tendo em vista que no período da coleta de dados 50% do quantitativo de profissionais foi substituído.

Foram excluídos da pesquisa aqueles que atuavam exclusivamente em atividades administrativas, bem como, os que se encontravam de férias ou licença no período da coleta de dados. Portanto, dos 47 enfermeiros da zona urbana, 3 estavam de licença, 17 não aceitaram participar da pesquisa e 3 equipes estavam sem enfermeiros. Assim, compuseram a amostra do estudo 24 profissionais.

Embora, o número de 17 enfermeiros possa ser considerado um elevado índice de recusa em não participar da pesquisa, os pesquisadores devem garantir esse direito, estabelecido nos aspectos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c). Acredita-se que, um dos motivos desta não aceitação, deve-se ao desconhecimento, por parte dos enfermeiros da problemática da sarcopenia em idosos.

Além do mais, a amostra ideal para um estudo qualitativo é aquela que reflete, em quantidade e intensidade, as inúmeras dimensões de determinado fenômeno e possa evidenciar achados que respondem satisfatoriamente os objetivos da investigação (MINAYO, 2017).

4.4 Produção dos dados

Para a produção dos dados foram utilizadas algumas técnicas, dentre as quais destaca-se: a entrevista, a gravação em áudio e o diário de campo. As entrevistas foram realizadas nos meses de maio a julho de 2019.

No primeiro momento, foi apresentado a coordenadora da ESF do município, cenário do estudo, os objetivos e a estratégia metodológica da pesquisa. Neste momento, foi solicitado uma relação com os nomes, os contatos telefônicos e as UBS em que estavam lotados os enfermeiros. Em seguida, os pesquisadores entraram em contato com os participantes, momento que receberam o convite para participarem da pesquisa. Após o convite ter sido confirmado, agendou-se o dia da entrevista, conforme a disponibilidade de cada profissional.

A produção dos dados foi realizada no local de atuação dos participantes. Neste momento, foi explicada a finalidade da pesquisa com leitura, seguida da assinatura, pelos enfermeiros, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), em duas vias, ficando uma em seu poder e a outra com o pesquisador.

Como estratégia para produção dos dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE C). O roteiro funciona como um guia para o andamento da

interlocução. O mesmo foi construído de forma que permitiu a flexibilidade nas conversas e que absorva novos temas e questões trazidas pelo participante como sendo relevantes (MINAYO, 2014).

O roteiro utilizado nas entrevistas foi elaborado pelas pesquisadoras e dividiu-se em duas partes, a primeira com dados sociodemográficos sobre os participantes (sexo, idade, formação profissional, tempo de trabalho na UBS), e a segunda apresentando perguntas abertas que possibilitaram alcançar os objetivos propostos na pesquisa. As entrevistas foram gravadas em gravador digital, com posterior transcrição e análise das mesmas.

Com a finalidade de aperfeiçoar o roteiro foi realizado um pré-teste com cinco enfermeiros. O pré-teste na pesquisa qualitativa consiste na realização de entrevistas com alguns participantes, o que contribuiu para tornar mais clara e precisa a lista de temas e aspectos a serem abordados durante o trabalho em campo. Ressalta-se que, mesmo tomando esses cuidados iniciais, o roteiro esteve sujeito a sofrer alterações durante todo o processo de produção dos dados. Este fato pode ocorrer quando o pesquisador percebe que determinados temas, não previstos, estão sendo colocados por seus entrevistados, e que estes são relevantes para eles (MINAYO, 2014).

Ao mesmo tempo, utilizamos um Diário de Campo, para o registro dos dados, pois quanto mais ricas forem as anotações nesse diário, maior será o auxílio à descrição, à análise e à interpretação do objeto estudado (MINAYO, 2014).

4.5 Organização e análise dos dados

A fim de obter uma melhor compreensão dos dados levantados, realizou-se uma análise conjunta das diversas técnicas utilizadas no processo de produção dos dados. Desta maneira, as informações extraídas desses materiais foram organizadas com base na operacionalização da análise temática proposta por Minayo (2014). Segundo a autora, a análise temática parte do agrupamento de elementos, ideias ou expressões a respeito de um conceito que permite compreender elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si (MINAYO, 2014).

Essa análise se propõe a descobrir os núcleos de sentido das falas dos participantes que compõem a comunicação cuja frequência ou presença tenha significado para o objeto analítico visado. A análise temática se desdobra nas seguintes fases (Quadro 1) (MINAYO, 2014).

Quadro 1 - Fases da Análise Temática

<p>1. Pré-análise</p> <p>Consiste na escolha dos documentos analisados e retomada dos objetivos iniciais da pesquisa, além da elaboração de indicadores que orientarão a interpretação final. Pode ser decomposta em: leitura flutuante; constituição do corpus e a formulação de hipóteses e objetivos.</p>
<p>2. Exploração do Material</p> <p>Consiste na categorização dos dados, realizada a partir da transformação de dados brutos com a finalidade de alcançar o núcleo de compreensão do texto.</p>
<p>3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação</p> <p>Compreende o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, em que os resultados podem ser submetidos a estatísticas simples ou complexas permitindo colocar em destaque as informações obtidas.</p>

Fonte: MINAYO (2014).

A fase de pré-análise, iniciou-se com a transcrição das falas gravadas e uma análise superficial dos dados. Essa leitura inicial constituiu um contato direto e exaustivo do material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo para só então serem submetidos a análise. As falas transcritas foram identificadas pela letra “E”, seguida da numeração ordinal, referente a sequência das entrevistas (APÊNDICE D).

A fase de exploração do material, constituiu-se em operações codificadoras, ou seja, na transformação dos dados brutos provenientes das entrevistas, por meio do recorte, permitindo atingir uma representação do conteúdo temático.

Por fim, os resultados foram tratados de maneira a serem significativos e válidos, sendo feita a interação e interpretação à luz do referencial atual pertinente ao tema, com o intuito de levantar discussões e de retirar a veracidade dos dados obtidos na pesquisa. A partir desta interpretação, foi realizado o agrupamento dos dados em três categorias temáticas: Saberes e práticas do enfermeiro da atenção primária sobre a sarcopenia em idosos; possibilidades e dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no rastreamento da sarcopenia em idosos na atenção primária; demandas e necessidades do enfermeiro da atenção primária para instrumentalizar a ação de rastreamento da sarcopenia em idosos.

4.6 Aspectos éticos e legais

A pesquisa atendeu a todos os princípios descritos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional em Saúde (BRASIL, 2012c), sendo autorizada pela Secretária Municipal de Saúde de Timon-MA (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPI por meio da Plataforma Brasil, cujo parecer nº 2.883.274 e Certificado de Apresentação e Apreciação Ética (CAAE) nº 96447218.9.0000.5214 (ANEXO B).

Os participantes assinaram o TCLE (APÊNDICE B) em que consta os objetivos do estudo, a garantia do sigilo e anonimato, assim como o direito de se retirarem a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer tipo de dano, assinados em duas vias, ficando uma via com o participante e a outra com o pesquisador.

Ressalta-se que os pesquisadores assumem a responsabilidade de manter a confidencialidade dos dados obtidos, ao assinarem o Termo de Confidencialidade. Destaca-se, ainda, que todo o material coletado nesta pesquisa permanecerá em poder do pesquisador responsável por um período de cinco anos, sendo destruídos após este prazo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, serão apresentados os achados do estudo que responderam satisfatoriamente aos objetivos propostos, os quais serão analisados e discutidos a luz dos referenciais temáticos sobre a atenção primária, os saberes e as práticas do enfermeiro no rastreamento da sarcopenia em idosos e as bases teóricas de Paulo Freire, acerca do aprendizado e da conscientização a partir das vivências e experiências cotidianas nas práticas de cuidado ao idoso.

Inicialmente, será apresentada a caracterização sociodemográfica e profissional dos 24 enfermeiros participantes do estudo, em seguida as três categorias temáticas formuladas a partir da análise dos depoimentos, denominadas a seguir:

1. Saberes e práticas do enfermeiro da atenção primária sobre a sarcopenia em idosos;
2. Possibilidades e dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no rastreio da sarcopenia em idosos na atenção primária;
3. Demandas e necessidades do enfermeiro da atenção primária para instrumentalizar a ação de rastreio da sarcopenia em idosos.

5.1 Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

Por meio das características sociodemográficas e profissionais, evidenciou-se que a maioria dos participantes do estudo era do sexo feminino (n=21), o que configura o perfil característico da Enfermagem no Brasil e no Mundo. Já a faixa etária variou de 23 a 44 anos, enquanto o tempo de formação vai desde 5 meses a 15 anos, obviamente que estes diferentes tempos de formação retratam uma variedade de experiências e vivências nas práticas assistenciais desses enfermeiros pois, os que se profissionalizaram a anos atrás não tiveram informações sobre a problemática do rastreio da sarcopenia, que passou a ser incluído entre os transtornos que acometem as pessoas idosas mais recentemente, sendo um dos itens registrados na CSPI, que foi atualizada pelo MS em 2017. Em relação à qualificação e a atualização profissional, 18 enfermeiros referiram terem cursado pós-graduação *lato sensu*, principalmente em Saúde da Família e Saúde Pública (Quadro 4).

Quadro 2 - Caracterização dos enfermeiros vinculados a estratégia saúde da família de Timon-MA, 2019

Características	Frequência (n=24)
Sexo	
Feminino	21
Masculino	3
Idade	
20-29	11
30-39	11
40-49	2
Tempo de formação	
< 12 meses	1
1-5 anos	13
6-10 anos	9
11-15 anos	1
Pós-graduação	
Sim	18
Não	6
Atualização na área de geriatria/gerontologia	
Sim	1
Não	23
Tempo de atuação na ESF	
< 12 meses	16
1-2 anos	4
3-4 anos	3
5-6 anos	1

Vale ressaltar que, entre os depoentes, seis não possuíam pós-graduação e 23 nunca participaram de capacitação na área de gerontologia, esta realidade constatada no perfil dos participantes do estudo justifica o desconhecimento destes em relação a problemática da investigação, inviabilizando a implantação da prática de rastreamento da sarcopenia em idosos, mesmo que seja esse um dos itens a serem registrados na CSPI que deve ser preenchida pela equipe da ESF (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2018).

Este achado também reitera a necessidade de capacitação da equipe de saúde na atenção primária, e evidencia a fragilidade da política de Educação Permanente em Saúde (EPS) para os profissionais em serviço para que as práticas promocionais sejam efetivamente desenvolvidas e a população idosa se beneficie destes cuidados que promoverão uma melhoria da força e da massa muscular dos idosos assistidos, reduzindo os riscos de quedas, fraturas e de internações hospitalares.

O tempo de atuação dos enfermeiros entrevistados na ESF do município de Timon - MA variou de 4 dias a 6 anos, fato que demonstra que essa força de trabalho necessita de capacitação com enfoque nestas práticas atuais, pois muitos não tiveram oportunidade de aprendizado na formação profissional, considerando que entre os participantes do estudo 10 graduaram-se há mais de 6 anos, e o registro do risco de sarcopenia passou a ser exigido na nova caderneta de

saúde do idoso em 2017, gerando assim demanda de capacitação dos recursos humanos a partir de então.

5.2 Saberes e práticas do enfermeiro da atenção primária sobre a sarcopenia em idosos

Os depoimentos dos participantes do estudo, que convergiram para formulação desta categoria temática, evidenciaram que a maioria dos enfermeiros detinham saberes insipientes sobre a sarcopenia, alguns buscaram significado para a doença a partir da morfologia da palavra, desconhecendo as possibilidades de rastreamento deste agravo, na perspectiva de avaliar os riscos de ocorrência e medidas preventivas e curativas, para minimização dos impactos das perdas da massa e da força muscular, como se constata no depoimento à seguir, quando a participante foi questionada sobre seus saberes acerca da sarcopenia:

[...] quando a gente tem a terminação penia geralmente quer dizer a diminuição [...], e sarco tem a ver com as células musculares, então deve ser alguma perda, diminuição algo do tipo. (E2)

Entre os depoimentos dos enfermeiros participantes do estudo foram evidenciadas algumas formas de conhecimento, bem como, ações assistenciais em relação a sarcopenia em idosos, embora se constate que os saberes são frágeis, empíricos, incompletos e efêmeros, o que acarreta falhas no processo de rastreamento da doença, como se registra nas falas abaixo:

Eu entendo que é uma perda da massa óssea e da massa muscular que acontece principalmente em idosos [...]. (E6)

Eu entendo assim, que quando a pessoa já tá na terceira idade ela vai diminuindo as forças, tudo nela vai ficando mais frágil. E a sarcopenia significa uma fraqueza na musculatura do idoso [...]. (E16)

É só uma questão de fraqueza muscular nos idosos, por conta da sarcopenia os idosos podem ter bastante quedas, só isso mesmo. (E18)

Já, em outros depoimentos, percebe-se o total desconhecimento da problemática da sarcopenia em idosos, bem como, a prática de rastreio e de registro deste item na CSPI, como é possível evidenciar nas falas a seguir:

[...] Nunca ouvi falar. Eu tive até uma ideia no dia que vocês falaram lá, mas agora esqueci. (E15)

Na verdade, não tenho conhecimento sobre. (E4)

Aqui na estratégia a gente ainda não tá trabalhando com esse tema da sarcopenia. (E16)

Essas falas revelam e reforçam duas realidades, a primeira uma lacuna na formação acadêmica, pois, a maioria dos currículos de graduação em enfermagem, na atualidade, ainda, não contemplam em seus conteúdos a problemática da sarcopenia e a prática de rastreo na população idosa, e a segunda, refere-se às falhas na política de educação permanente no âmbito dos estados e municípios para qualificação e atualização de seus recursos humanos em serviço, pois, a própria CSPI, editada pelo MS em 2017, foi distribuída para estados e municípios que aderiram a implantação nos seus serviços, e este instrumento de controle e assistência a população idosa, além de ser autoexplicativo, veio acompanhado de manual de orientação para preenchimento (BRASIL, 2018).

Fora essas lacunas reais, reafirmadas nos depoimentos desta investigação, evidencia-se a falta de curiosidade dos próprios profissionais que atuam na ESF, pois, atualmente se encontram à disposição uma gama incontável de informações nas diversas áreas do conhecimento, as quais podem ser acessadas, por meio de publicações científicas, manuais de orientação, protocolos e cursos online que trazem conteúdos atuais e auto aplicativos na prática profissional.

Diante desse contexto, destaca-se a necessidade de conscientizar os profissionais quanto a importância do conhecimento a respeito da sarcopenia na atenção primária, bem como da implementação de ferramentas que possibilitem o rastreo da doença, de modo a permitir o desenvolvimento de ações de prevenção e diagnóstico precoce.

Pra falar a verdade eu não sabia do que se tratava, aí fui pesquisar um pouco e pelo que eu li é uma diminuição da força muscular no idoso. (E22)

Os participantes do estudo demonstram divergências de saberes referentes a sarcopenia. Tal conceito foi concebido tanto de maneira deturpada como de modo ausente. Porém, alguns saberes se mostraram congruentes a sua real definição que, segundo Cruz-Jentoft e colaboradores (2019), é uma doença enraizada em alterações musculares que se acumulam ao longo do envelhecimento, cuja característica-chave é a baixa força muscular.

É a perda da força muscular. O idoso ele perde a massa muscular e com isso vai perder a força. (E8)

Sarcopenia é a perda de força ou massa muscular nos idosos, aí isso acarreta a questão da dependência [...]. (E14)

[...] a sarcopenia significa uma fraqueza na musculatura do idoso e muitas vezes a gente não percebe. (E16)

A compreensão da definição da sarcopenia permitirá aos enfermeiros fomentá-la em seu cotidiano, possibilitando intervir no processo de seu desenvolvimento, de modo a retardar ou reverter suas possíveis complicações, como as quedas, permitindo que o idoso se mantenha por mais tempo independente, autônomo e com qualidade de vida.

Estudo brasileiro avaliou que a sarcopenia atinge aproximadamente 14% dos indivíduos com 60 anos ou mais. Ainda, foi identificado que cerca de um em cada 10 idosos encontram-se em risco para desenvolvê-la, no chamado estágio pré-clínico (BARBOSA-SILVA *et al.*, 2016). Momentos esses que possibilitam aos profissionais da ESF, com destaque, o enfermeiro, se devidamente capacitado, poderem na prática rastreá-la e assim minimizar os impactos da instalação da doença, além de propiciar uma melhor qualidade de vida para população assistida.

Como foi evidenciado nas falas dos depoentes, o conhecimento sobre o processo de senescência e senilidade se mostra imperativo para que os enfermeiros possam prestar uma assistência qualificada a população idosa, fato que exige dos profissionais capacitações, atualizações e treinamentos com base em referências e estudos contemporâneos, pautados em evidências científicas. Na modalidade de educação em saúde, realizada pelos serviços de saúde, a partir das necessidades reais sentidas pelos profissionais, é capaz de produzir o verdadeiro aprendizado, como dito por Freire, que considera fundamental associar o conhecimento à prática, afirmando em sua teoria da conscientização que “é caminhando que se aprende a caminhar” (FREIRE, 2013a).

Nos depoimentos abaixo, evidencia-se o desconhecimento dos participantes do estudo, sobre a sarcopenia, mas, as próprias questões levantadas nas entrevistas, estimularam estes profissionais a buscarem informações acerca da sarcopenia em idosos:

Pra falar a verdade eu não sabia do que se tratava, aí fui pesquisar um pouco e pelo que eu li é uma diminuição da força muscular no idoso. (E22)

[...] é interessante focar nessa área [...] da sarcopenia pra gente tá avaliando. (E3)

Diante de tais resultados, verifica-se a importância de conscientizar-se sobre o quanto se conhece sobre determinada temática, no caso deste estudo, a sarcopenia. É por meio desse processo que as pessoas se lançam na busca de novos saberes, que quando superados são substituídos por outros, num processo constante de se fazer e refazer o próprio conhecimento.

De acordo com Freire (2013b, p. 47):

Ninguém sabe tudo. O saber começa com a consciência do que se sabe. É sabendo que se sabe pouco que uma pessoa se prepara para saber mais. [...] O homem, como um ser histórico, inserido num permanente movimento de procura, faz e refaz constantemente o seu saber (FREIRE, 2013b, p. 47).

O conhecimento é resultante da interação do homem com meio no qual se insere, com a comunidade e com a cultura, e requer uma ação transformadora sobre a sociedade. O conhecimento não é algo estático e não se faz unicamente por processos cognitivos ou a partir da transferência de um ser a outro. Isso é um falso saber, tendo em vista que o homem não deve ser receptáculo dos conhecimentos de outrem. Precisa ser sujeito do seu próprio conhecimento (FREIRE, 2013b).

Nesse sentido, o ser humano deve ser compreendido como ser inacabado. E é nessa compreensão que se funde o processo de conhecer o próximo e a si mesmo. Dessa forma, o conhecimento é estruturado no saber da experiência e movimenta-se permeado pela comparação, repetição, constatação, dúvida e curiosidade (FREIRE, 2013b).

Salienta-se, que mesmo com os avanços nas políticas públicas, voltadas a população idosa, ainda há muitos desafios a serem superados quando se fala na formação do enfermeiro, pois essa, ainda, está pautada na priorização de procedimentos, práticas tecnicistas e mecânicas em detrimento a necessidade apresentada pelo usuário (RIBEIRO, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2018). Diante disso, torna-se eminente a necessidade de enfermeiros com olhares direcionados para a assistência a população idosa, considerando as particularidades decorrentes do envelhecimento, em especial a sarcopenia, tendo em vista a alta prevalência da doença e o impacto que ela causa na vida do idoso.

[...] a gente sabe que os idosos tem o processo de senescência e senilidade que é bom a gente tá acompanhando e é um grupo muito vulnerável e

precisa dessa atenção redobrada e as vezes a gente fica só naquele mecanismo de consulta, vê medicação [...] ai fica nessa coisa mecânica, mas o enfermeiro tem a capacidade pra que faça essas avaliações da sarcopenia e que faça a avaliação qualificada do idoso. (E24)

A presente pesquisa evidencia que as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros são assistemáticas e fragmentadas, desvinculando-se dos protocolos e políticas voltadas à pessoa idosa. Salienta-se, ainda, que as fragilidades nos saberes dos enfermeiros se refletem no desconhecimento das práticas voltadas ao idoso e ao rastreio da sarcopenia, como mostra os discursos a seguir:

Não conheço nenhuma prática de rastreio. (E4)

Não tenho conhecimento que exista [...]. (E7)

[...] desconheço as práticas pra rastreio. (E15)

[...] essa prática a gente não desenvolve [...] por falta realmente de conhecimento [...]. (E19)

A APS tem um papel relevante na prevenção e redução das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2013). No entanto, o que se percebe, a partir da análise da rotina de trabalho dos profissionais que atuam nesse ambiente, é a escassez de ações voltadas a população idosa. Ao analisar os relatos dos participantes, evidenciou-se uma clara vinculação das práticas assistências do enfermeiro ao programa de controle da Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), ao incentivo a mudança no estilo de vida, com adoção de uma alimentação mais saudável e a prática de atividade física.

[...] O que a gente faz mesmo em relação a idosos é mais alimentação, exercício, hipertensão e diabetes, caderneta, mas a sarcopenia em si nenhuma. (E2)

[...] na verdade a gente só tem mesmo o acompanhamento do HIPERDIA. (E23)

[...] o que a gente mais faz é a consulta do HIPERDIA, um acompanhamento, mas nada voltado a sarcopenia. (E24)

[...] nós não temos nenhuma atividade voltada pro o idoso. (E8)

Na prática assistencial, exige-se que seja desempenhada uma assistência sistematizada, por meio de um processo contínuo de acompanhamento e avaliação global, interdisciplinar e multidimensional do idoso, que leve em consideração a interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam na saúde dessa população e a importância do ambiente no qual o idoso se insere (BRASIL, 2006c; TAVAREZ *et al.*, 2017).

A PNSPI destaca que as intervenções devem ser feitas e orientadas, objetivando a promoção da autonomia, independência e incentivando o autocuidado. A política assinala, ainda, que uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis. Nesse contexto, é primordial que todos os membros da equipe de saúde implementem em suas práticas instrumentos de avaliação e testes de triagem (BRASIL, 2006c), para a detecção precoce de agravos que interferem diretamente sobre a situação de saúde do idoso, como a sarcopenia.

Ressalta-se a importância que a assistência seja centrada no usuário, em suas necessidades, preferências, habilidades e direitos, integrando a família nesse processo (BRASIL, 2006 c). O idoso deve ser visto de maneira integral, respeitando-se seus saberes, sua história e sua cultura. Freire (2013b) nos mostra que a cultura é uma contribuição do homem para o mundo, para a humanidade, como sendo o fruto de suas ações e de suas relações com outros homens. Assim, o homem é “fazedor” de cultura e também de história.

Ainda, em relação as práticas, os discursos dos enfermeiros evidenciam a não utilização de algoritmos ou protocolos voltadas à avaliação da massa muscular, força muscular e desempenho físico na população idosa, por desconhecimento e, conforme relatado pelos participantes, por não ser de atribuição do enfermeiro a realização de tais avaliações, como constatado nas falas abaixo:

[...] também não conheço nenhuma. (E5)

[...] não conheço nenhum. (E9)

Que eu conheça aqui não tem nenhum, nenhuma escala assim pra avaliar. (E11)

A massa muscular a gente faz o IMC, mas o esforço físico a gente não avalia. (E21)

[...] como a gente tem o NASF eu gosto de encaminhar pra eles. (E12)

Embora os entrevistados tenham evidenciado desconhecimento sobre as práticas voltadas ao rastreio da sarcopenia em idosos, uma ferramenta básica que está presente no dia-

a-dia de trabalho enfermeiro que atua na atenção primária é a CSPI, que permite a avaliação da CP, uma ferramenta útil na avaliação da massa muscular do idoso (BRASIL, 2017a).

Por meio do estudo de Pagotto (2018), conclui-se que a CP é uma tecnologia válida na prática clínica do enfermeiro, tanto na identificação quanto no acompanhamento do declínio da massa muscular, além de ser útil no acompanhamento de perdas corporais e na identificação precoce da sarcopenia. Porém, como pode ser observado nas falas abaixo, os enfermeiros não estão desenvolvendo essa prática na atenção primária.

Eu não faço esse tipo de avaliação, normalmente eu faço o acompanhamento do idoso, do hipertenso, do diabético, mas é relacionado ao peso, índice de massa corpórea, a circunferência abdominal [...]. (E3)

[...] as únicas avaliações que nós fazemos mesmo são as orientações que a gente recebe e que vem as cobranças do Ministério da Saúde que é a PA, a glicemia quando é diabético, circunferência abdominal e o peso. (E23)

Não verifico, como é uma questão pouco abrangente e na atenção básica a gente cuida mais voltado pra prevenção da diabetes, hipertensão. (E24)

Não faz parte da rotina do posto. (E5)

[...] não tenho nenhum instrumento que peça. Na consulta do idoso a gente sempre foca mais na patologia [...]. (E15)

Confesso que não sei aferir, se eu soubesse eu até faria, mas não sei (E6).

Nunca, nem aqui e nem na academia. Eu só conheço a cadernetinha do HIPERDIA [...]. (E7).

A CSPI é um instrumento de acompanhamento e monitoramento da saúde dessa população (BRASIL, 2017a). Porém, apesar de ser uma ferramenta relevante, observa-se que os profissionais de saúde, em especial, o enfermeiro, possuem um conhecimento insatisfatório sobre a ferramenta e negligenciam seu preenchimento. Tal fato pode estar relacionado a pouca qualificação profissional para reconhecer as necessidades da população idosa (RIGON *et al.*, 2016), principalmente no que diz respeito à sarcopenia, afinal, trata-se de um agravo relativamente pouco divulgado no meio científico nacional, principalmente na área da enfermagem.

Porém, evidencia-se que alguns enfermeiros mencionaram preencher a caderneta, porém sem reavaliá-la. De acordo com o manual de preenchimento da CSPI, essa deve ser reavaliada ao menos uma vez ao ano, sendo válida por cinco anos (BRASIL, 2018).

Tem a caderneta do idoso que eu costume preencher na primeira consulta deles, mas também não fico reavaliando. [...] (E15)

[...] na carteirinha do idoso [...] traz lá um campo, [...] que tem lá a medida da circunferência da panturrilha esquerda, se for maior do que valor, que se não me engano é de 35 ou é 33, o risco de queda é maior. (E20)

Parte do desconhecimento ou do conhecimento fragmentado, apresentado pelos entrevistados, advém do processo de formação do enfermeiro, que ainda reproduz o modelo tradicional de educação, com ênfase na transmissão de informações e nas concepções biomédicas, dificultando que o profissional visualize o idoso sob a ótica da multidimensionalidade. Enfatiza-se que, diante desse modelo, o educando é compreendido como um ser carente de informações (FREIRE, 2013b).

No entanto, segundo Freire (2011), essa é uma concepção considerada pouco efetiva e que não permite que a pessoa desenvolva o raciocínio crítico e consciente de sua realidade. Dessa maneira, observa-se, também, que há uma relação de oprimido-opressor, em que o educador é tido como o detentor de todo o conhecimento e que os educandos são insipientes em sua totalidade, consistindo, portanto, no que Freire denomina de “educação bancária” (FREIRE, 2013b).

Diante da necessidade de modificações da matriz curricular dos cursos de graduação em enfermagem, com a inclusão de disciplinas que abordem o processo do envelhecimento (BRASIL, 2006c; MELO *et al.*, 2017), destaca-se a relevância da promoção da autonomia dos discentes, estimulando que esses desenvolvam uma consciência crítica e reflexiva de sua realidade.

Tal mudança de paradigma é o que a pedagogia freiriana chama de “Educação Dialógica”, em que o educador assume o papel de mediador no processo de elaboração do conhecimento e o educando um participante ativo do processo ensino-aprendizagem. Salienta-se que, nesse processo, ambos (o educador e o educando) participam conjuntamente da produção de conhecimento (FREIRE, 2011).

Na concepção freireana, ensinar não se resume em transmitir informações, mas abrange a criação de possibilidades para se desenvolver a capacidade crítica do homem. Tal perspectiva se fundamenta na concepção problematizadora e libertadora, na qual o educando é percebido como um ser histórico e social, consciente de suas potencialidades para transformar sua realidade. Essa concepção se desenvolve por meio do diálogo entre o educador e o educando, possibilitando que a pessoa se torne mais crítica, ativa, participativa e autônoma (FREIRE, 2011).

Em adição, Rozendo, Salas e Cameron (2017) afirmam que a problematização da realidade é uma etapa significativa do processo de aprendizagem, pois, a partir do momento em que a educação em enfermagem se fizer problematizadora, será possível criar um processo de conscientização e diálogo entre o educador e o educando, permeando a transformação desses atores em pessoas conscientes de si e de seu papel histórico no mundo.

Dentro desse contexto, a conscientização é vista como um processo em que o aluno pega um objeto; distancia-se dele e o analisa de forma crítica, construindo assim um conhecimento crítico acerca desse objeto. Freire considera o objeto como codificador e o objetivo é decodificá-lo, assim, o aluno percebe o processo que o levou a ver o objeto da forma que o via inicialmente (FREIRE, 2018).

Diante da análise das concepções propostas por Freire, infere-se que só iremos transformar nossas práticas, a partir do momento em que nos conscientizarmos da importância de se estabelecer uma reflexão crítica sobre o cuidado que está sendo ofertado ao idoso e sua família, com saberes e práticas específicas para “atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas” (BRASIL, 2001).

Cabe salientar que a adoção de novas práticas de cuidado é consequência da ação e da reflexão acerca das práticas desenvolvidas e das necessidades vivenciadas, de forma consciente e intencional, o que Freire (2013b) denomina de *práxis*, uma unidade indissolúvel entre a ação e a reflexão sobre a realidade. Quanto mais o homem refletir sobre sua realidade, mais ele se torna consciente, comprometido e apto a intervir para transformá-la.

A partir da análise das falas, constatou-se que, apesar de desenvolverem uma prática fragmentada e assistemática, os participantes do estudo percebem a relevância do rastreamento da sarcopenia na população idosa, porém se sentem limitados pela deficiência em sua formação profissional de uma abordagem específica sobre a sarcopenia, que poderia ser sanada com o investimentos em ações de educação permanente.

Ainda que se constate o acentuado envelhecimento populacional e um aumento considerável da prevalência das doenças crônicas, entre elas, a sarcopenia, a realidade da

desinformação esteve presente nos participantes do estudo, salientando-se a urgência em qualificá-los, com a instrumentalização de ações educativas, permitindo, a partir de metodologias ativas, o desenvolvimento do processo de aprendizagem na prática, por meio do compartilhamento de saberes do senso comum e de evidências científicas resultantes dos estudos acadêmicos. Assim, os enfermeiros poderão adotar novas posturas, mais conscientes e capazes de transformar suas realidades, por meio de práticas efetivas que possibilitem alcançar, desta forma, um maior número de idosos ainda na fase pré-clínica da doença, quando poderá prevenir, reverter e/ou minimizar os impactos da sarcopenia na saúde da população idosa.

5.3 Possibilidades e dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no rastreo da sarcopenia em idosos na atenção primária

Para formulação desta categoria temática, convergiram as falas dos enfermeiros participantes deste estudo, que evidenciaram dificuldades que vão desde o desconhecimento da problemática da sarcopenia em idosos até a falta de planejamento e iniciativas individuais e das equipes para a implantação desta prática de rastreo e das ações promocionais, preventivas e curativas para redução dos riscos e de possíveis resultados adversos que repercutem de forma negativa sobre a qualidade de vida dos idosos.

Compreende-se que, embora exista uma aproximação entre a atuação do enfermeiro na atenção primária e o rastreamento da sarcopenia, algumas condições foram elencadas como limitações que podem inviabilizar essa prática. O déficit de conhecimento, em relação ao objeto desta pesquisa, foi apontado pelos entrevistados como principal entrave enfrentado para realizar o rastreo da doença. Pelos depoimentos observa-se que os enfermeiros não tiveram acesso a informações, conceitos, práticas assistenciais acerca da sarcopenia desde a graduação, e após a inserção no campo profissional da atenção primária, não receberam treinamentos e atualizações sobre esta problemática, como pode ser evidenciado nas falas a seguir:

[...] eu ainda não conhecia, na minha graduação [...] foi pouco falado na saúde do idoso. (E1)

[...] o meu conhecimento é pouco. [...] A gente nunca recebeu nenhuma orientação da gestão pra ter uma espécie de treinamento pra rastrear isso aí, então de certa forma fica um pouco difícil. (E6)

Assim, como eu não tinha conhecimento dessa doença, desse problema que afetava o idoso, eu não trabalhava, [...] já tinha ouvido falar a palavra

mas não tinha nenhum tipo de técnica e nem nada voltado pra sarcopenia, então assim, a minha dificuldade mesmo era de realização da atividade por desconhecimento, então não fazia por desconhecimento mesmo. (E8)
Eu acho que é questão mesmo de conhecimento porque ante então isso aí não era um tema que a gente trabalha tanto [...]. (E19)

Ressalta-se que, diante da dificuldade apresentada, a capacitação dos enfermeiros para atuarem no rastreio da sarcopenia se torna imprescindível. Diante disso, a EPS, constitui-se uma estratégia que estimula os profissionais a desenvolverem habilidades para responderem às reais demandas apresentadas pela população idosa. A EPS, enquanto ferramenta de mudança que auxilia na qualificação da assistência, baseia-se na aprendizagem e na perspectiva de transformação das práticas profissionais, mediante reflexão crítica dos problemas enfrentados e embasada nos conhecimentos e nas experiências de cada indivíduo (DRAPER; CLARK; ROGERS, 2016).

No entanto, demonstra-se que a demanda por atividades de EPS, na maioria das vezes, se originam de forma externa ao serviço, partem da demanda dos gestores, que optam por ações educativas imediatistas, com conteúdos padronizados, constantemente dissociadas das necessidades dos trabalhadores e dos usuários. Em recente revisão da literatura, constatou-se como pontos frágeis e dificultadores para a realização das iniciativas da EPS na atenção primária a sobrecarga de trabalho, oriunda do quadro de profissionais insuficiente, da falta de iniciativas e de planejamento para realização de práticas de educação permanente, da não valorização dessa prática pelos gestores e pelos profissionais (FERREIRA *et al.*, 2019).

Tais entraves precisam ser repensados no sentido de propor estratégias para modificação dessa realidade (FERREIRA *et al.*, 2019). Por meio da EPS prepara-se os enfermeiros para a escuta qualificada, para o diagnóstico precoce e buscas ativas a situações complexas e imperceptíveis envolvendo o idoso e sua família. Destaca-se que, diante do acelerado processo de envelhecimento, a prestação de assistência de elevada qualidade se torna um desafio, tendo em vista, um contexto em que as demandas por atenção à saúde se tornam cada vez mais complexas. A partir das falas dos entrevistados, evidencia-se que o aumento da demanda de idosos na atenção primária é um fator dificultador para a implantação da prática de rastreio da sarcopenia.

[...] quando tem muita demanda dificulta [...] fazer uma avaliação, até no geral mesmo, não só quanto a isso. (E4)

Acho que só por conta da demanda aqui que é muito grande e eu realmente não sabia do tema. (E22)

[...] nós temos muitos idosos, muitos hipertensos e diabéticos, então é muita gente, a demanda é muito grande. (E23)

O envelhecimento populacional, mais que uma tendência, é um fato. Diante disso, é preciso que os profissionais de saúde, em especial os de enfermagem, comecem a vislumbrar essa realidade. Transformações como essa impactam diretamente sobre a educação e a saúde, trazendo desafios que devem ser discutidos por esses profissionais, com vistas a organizar seus processos de trabalho, alicerçadas por um conjunto de práticas qualificadas, resolutivas e integrais, de modo a atender as especificidades dessa população.

Isso significa que, para responder a esse novo perfil de necessidades, é preciso implantar mecanismos de fortalecimento do modelo de atenção à saúde da pessoa idosa, investindo inclusive na formação profissional e na qualificação das equipes atuantes na atenção primária, para que esses, por meio de seus saberes, possam desempenhar práticas que promovam o envelhecimento com qualidade de vida.

Em pesquisa realizada com membros do Conselho de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo fica evidente a falta de recursos humanos qualificados, ou seja, profissionais com conhecimento na atenção à saúde da pessoa idosa. Ainda, segundo o mesmo estudo, mostra-se a fragilidade das ações voltadas a esse grupo populacional, uma vez que 27% dos representantes mostraram a inexistência de ações/serviços específicos ao atendimento desse segmento, e 21% categorizaram as iniciativas existentes como incipientes para atender de forma integral a população idosa (CORTÊ *et al*, 2017).

A efetivação da integralidade nas ações voltadas ao idoso é permeada por inúmeros desafios, especialmente pela hegemonia do modelo biomédico, que ainda prevalece no sistema de saúde. Diante disso, poucos são os enfermeiros que conseguem articular as ações de promoção da saúde e prevenção das doenças.

Os enfermeiros relataram como empecilho para realizar o rastreio da sarcopenia na atenção primária a sobrecarga de trabalho e a falta de recursos materiais, fato que compromete sua prática assistencial, tornando-a fragmentada.

[...] o posto não é estruturado para receber esse público, porque falta insumos, falta o médico, o posto não tem nem a equipe mínima [...] só tem enfermeira e dentista. (E15)

[...] Eu fiquei aqui cinco meses sem médico e um mês sem técnico de enfermagem. [...] Eu to com uma população agora de cinco mil pessoas, eu não to conseguindo dá conta. (E20)

[...] falta recursos materiais também [...]. (E19)

A dificuldade principal é a falta de material. (E21)

Demonstra-se que a sobrecarga de trabalho, em decorrência do acúmulo de diversas funções, afasta o enfermeiro da assistência direta, da realidade e das necessidades dos usuários, o que influencia na fragmentação de suas práticas. Essa sobrecarga decorre, muitas vezes, da obrigação em responder as demandas administrativas e gerenciais relacionadas ao funcionamento dos serviços de saúde (CAÇADOR *et al.*, 2015).

[...] Nós enfermeiros somos punidos porque nós temos que registrar muita coisa para muita gente, e eu acho que a gente precisa enxugar mais pra gente ter mais tempo pra conversar, porque acho que o mais importante de tudo são as orientações, ouvir o que ele tem a dizer [...] o idoso muitas vezes ele procura o serviço pra conversa [...] então não tem como você corta uma fala dessas, você tem que orientar também, as vezes a medicação que é tomada errada, uma alimentação [...]. Não que os registros não sejam importantes [...] mas as orientações e a conversa com o idoso são mais. (E23)

Diante da fala acima, observa-se a prática conflituosa na tomada de decisões, pois o profissional reconhece que terá que negligenciar alguma atividade para que outra seja realizada, gerando sentimento de frustração e dúvida quanto ao seu desempenho na assistência ao idoso. Assim, tem-se que a falta de recursos humanos de diferentes áreas, de materiais e de equipamentos se refletem na sobrecarga de trabalho e repercutem sobre o processo de trabalho e a satisfação do usuário com a assistência que está sendo ofertada (CAÇADOR *et al.*, 2015; GALAVOTE *et al.*, 2016).

A consulta de enfermagem ao idoso é uma das práticas do enfermeiro que sofrerá com tal realidade. No entanto, sabe-se que essa prática é substancial para melhorar a assistência, por meio da implementação de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, além de permitir uma investigação detalhada e continuada da pessoa idosa (BRITO *et al.*, 2015). No entanto, é preciso prestar uma assistência integral e resolutiva, além de promover ações de saúde

que permitam identificar as vulnerabilidades e priorizar o caráter educativo direcionado à proteção da saúde, com foco na qualidade de vida desse grupo populacional (CORREIA; FREIRES; LUCENA, 2015).

Constatou-se nas falas dos entrevistados, que por meio da consulta de enfermagem, será possível implementar estratégias assistenciais, educacionais e preventivas em relação a sarcopenia, bem como a utilização de instrumentos que auxiliem a rastreá-la. No entanto, na prática, as consultas de enfermagem direcionam suas intervenções apenas para as patologias do HIPERDIA, hipertensão e diabetes.

Aproveitar o dia do HIPERDIA que aí eles vêm realmente, por conta de atualizar a receita [...]. (E10)

Seria bom num dia que eu soubesse que os hipertensos iam tá aqui [...] ou então nas visitas multidisciplinares. (E11)

Poderia ser feito talvez no HIPERDIA. (E22)

[...] como eu não faço esse rastreio poderia acrescentar essa avaliação nessas consultas [...]. (E24)

[...] poderia acrescenta essa avaliação nessas consultas, porque pra te falar a verdade eu nunca tinha visto em nenhuma orientação, nenhum caderno do Ministério da Saúde, palestra, treinamento em relação a isso. (E23)

Salienta-se que, mesmo que a operacionalização da consulta de enfermagem, tenha como foco, o idoso com hipertensão e diabetes, a anamnese se mostra como uma oportunidade para ampliação da investigação de outras queixas, bem como, o exame físico e a aplicação de instrumentos específicos, possibilitando rastrear a sarcopenia.

Embora a maioria dos portadores de HAS e DM tenha mais de 60 anos, sabe-se que boa parte dos idosos não são hipertensos e nem diabéticos. Diante disso, destaca-se que devem ser rastreados todos os idosos, independentemente de terem ou não hipertensão e diabetes. Estudo realizado em 2018, acerca do perfil dos portadores de HAS e DM, evidencia que a média de idade dos indivíduos com hipertensão e diabetes seja de 56,5 anos (SOUSA NETO; ALMEIDA, 2018).

Na equipe da ESF, destaca-se a atuação do enfermeiro e do Agente Comunitário de Saúde (ACS), pois esses profissionais são os que mais próximos estão da comunidade, desenvolvendo maior vínculo com a clientela, especialmente, os idosos. O ACS é um elo

importante entre o usuário, sua família e a equipe de saúde, além de possuir a visão mais apurada dos problemas vivenciados pelos grupos populacionais adscritos em sua microárea, identificando as demandas individuais e coletivas dos idosos e de seus familiares (OLANIRAN *et al.*, 2017).

Em adição a consulta de enfermagem, diante dos discursos dos entrevistados, a visita domiciliar, também se torna uma estratégia para rastrear a sarcopenia na atenção primária, tendo em vista que, por meio dessa prática, amplia-se o contato com o idoso, principalmente aquele que não pode se deslocar até a UBS, conforme os depoimentos a seguir:

[...] vou começar a vê essa questão mesmo é na visita domiciliar, por conta que é muito difícil você deslocar um idoso de casa [...]. (E10)

Assim, é mais é questão de [...] marcar as visitas domiciliares. (E12)

[...] as pessoas que não podem vir até a unidade a gente faz visita domiciliar [...]. (E16)

A visita domiciliar é destacada, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como uma das atribuições do enfermeiro (BRASIL, 2017b). É uma importante estratégia de cuidado e de educação em saúde ao viabilizar o compartilhamento saberes, além de possibilitar a compreensão ampliada da realidade vivenciada pelo idoso. Salienta-se que, a visita domiciliar, é um espaço de diálogo, em que o profissional ultrapassa a questão técnico-científica do cuidado, com valorização do saber popular (MAHMUD *et al.*, 2018).

Por meio da visita domiciliar, presta-se uma assistência humanizada, acolhedora, com fortalecimento do vínculo entre os profissionais e os usuários, sua família e a comunidade (FRANCESA; CORDERO, 2018). Para isso, os profissionais, em particular os enfermeiros, devem ser críticos e reflexivos, capazes de compreenderem as necessidades individuais e coletivas do usuário e, a partir disso, intervir nos fatores que condicionam o processo saúde-doença, subsidiando ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, além de proporcionar o restabelecimento da independência e a preservação da autonomia do idoso (GARCIA *et al.*, 2019).

A visita domiciliar possibilita que os profissionais da atenção primária promovam ações de educação em saúde com vistas a evitar o aparecimento de doenças, seu progresso e possíveis consequências por meio da capacitação do usuário quanto aos principais fatores e comportamentos de risco, possibilitando que esse possa exercer maior controle sobre sua saúde (FRANCESA; CORDERO, 2018). Cabe salientar, no que diz respeito ao rastreamento da sarcopenia,

que apesar de as políticas voltadas a população idosa ainda abordarem a temática de maneira superficial, torna-se imprescindível que o enfermeiro desenvolva essa prática durante a visita domiciliar, fazendo a identificação precoce da doença e com isso planeje intervenções que possibilitem sua reversão.

Dentre as possibilidades, elencadas pelos entrevistados para rastrear a sarcopenia em idosos na atenção, destacam-se as práticas de educação em saúde, como mostra os discursos a seguir:

De início seria o esclarecimento da população, tira as dúvidas e fazer tipo palestras pra que depois a gente possa tá na parte prática. (E5)

[...] fazer uma palestra mesmo pra explicar essa situação. (E10)

Poderia ser com palestras que geralmente é o que acontece quando eles prestam atenção e criar um grupo de idosos, seria bem interessante. (E21)

[...] educação em saúde e eles sempre gostam de participar então essa seria a oportunidade de fazer a avaliação e nas consultas. (E24)

As práticas de educação em saúde são essenciais no processo de trabalho do enfermeiro que atua na atenção primária. No entanto, é necessário a modificação dessas práticas, uma vez que, ainda, se fundamentam no modelo tradicional de educação, marcado pela transmissão de informações verticalizadas, condicionando-as á ações que visem apenas a mudança de estilos de vida. As práticas educativas dialogadas se mostram ferramentas facilitadoras na construção compartilhada de conhecimentos, ao passo que possibilita o intercâmbio entre o saber popular e o científico (SOARES *et al.*, 2017). Diante disso, destaca-se a importância da valorização do saber popular dentro desse processo.

O saber popular, é uma dimensão social do conhecimento, concebida na forma de crenças, saberes, julgamentos e valores que são igualmente compartilhados por um conjunto de pessoas, a partir de experiências, vivências e observações do mundo (DOURADO, 2018). Para Freire (2012) o senso comum ou saber popular, é a base fértil para a construção do conhecimento científico, ou seja, no processo de aprendizagem, devemos partir do senso comum, mas jamais permanecer nele, buscando supera-lo, porém sem rompê-lo.

Considerando a evidente importância atribuída as ações de educação em saúde pelos entrevistados, entende-se que, por meio dessas, é possível estabelecer um veículo significativo para dialogar com os usuários sobre sua situação de saúde. Tais afirmações vão de encontro com a perspectiva ontologia freiriana, em que ao colocar o ser humano como um sujeito social,

capaz de “ser mais”, o teórico traduz o inerente potencial do homem de se transformar e de modificar sua realidade, a partir do processo de conscientização (FREIRE, 2013a).

Por meio do diálogo, o homem é conduzido a formar uma consciência do mundo, compreendendo-se como indivíduo que o reelabora e o transforma, assumindo o papel de autor da própria história. Ao valorizar o diálogo, a troca de experiências, a compreensão do outro como sujeito, detentor de saberes, as práticas educativas proporcionam a construção compartilhada de conhecimentos, propiciando o empoderamento da pessoa idosa de forma que possa ressignificar suas atitudes e assim transformá-las. Em adição, essas práticas devem buscar, por meio do respeito a cultura e as experiências das pessoas, que essas entendam seus problemas de saúde e desenvolvam uma concepção crítica sobre eles (BRASIL, 2013).

No entanto, é preciso que os profissionais adotem estratégias para atrair os idosos a participarem das atividades de educação em saúde. Conforme relatado pelos participantes, os idosos apresentam uma certa resistência em participar de momentos como esse, soma-se a isso o fato de muitos não conseguirem se deslocar de suas residências até a UBS.

[...] eles não têm muito essa frequência de vir ao posto, a gente tem que estar insistindo muito pra gente poder fazer essa avaliação [...]. (E3)

[...] a maioria dos idosos que vem aqui só vem atrás da médica, o que passa por mim no máximo é pra aferir pressão. Ai como eles já tão apressados, aí eles saem logo e já é reclamando [...]. (E14)

[...] pra efetivar qualquer tipo de atividade com o idoso eu teria que me deslocar pra mais próximo da residência deles [...] porque se for pra convocar pra vim pra cá pra UBS a taxa de adesão é mínima. (E8)

Diante da resistência apresentada pelos idosos em participarem de práticas desenvolvidas na atenção primária, conforme relato dos enfermeiros, cita-se a busca ativa como possibilidade de trazê-los a UBS, conforme as falas:

Acho que eu tenho que fazer uma busca ativa dos idoso para faze eles virem ao posto, porque eles só vêm mesmo [...] pro dia da consulta só pra pegar medicação. (E9)

Eu acho que [...] tentar fazer a busca ativa por meio dos agentes de saúde. (E15)

A questão é fazer a busca ativa através dos agentes de saúde e chamar a demanda de idosos, a gente sempre faz educação em saúde e eles gostam de participar, então essa seria a oportunidade de fazer essa avaliação.
(E24)

Portanto, cabe ao enfermeiro identificar e motivar os usuários idosos a participarem das ações de educação em saúde, para que possam reconhecer os fatores de risco e de proteção relacionados a sarcopenia, além de envolver os profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na busca pela redução da incidência da sarcopenia na população idosa.

Em adição, enfatiza-se as ações de autocuidado como um dos aspectos relevantes para a prevenção da sarcopenia, visto que, tais ações beneficiam tanto o idoso quanto o estado, ao passo que previnem ou minimizam o agravo e com isso reduzem gastos decorrentes de internações e complicações, tendo em vista que a sarcopenia pode apresentar desfechos clínicos diversos.

O profissional enfermeiro, nesse contexto, deve aliar os conhecimentos científicos à prática do cuidar incorporando o contexto da sarcopenia em suas práticas clínicas e de promoção da saúde, retardando e até mesmo prevenindo ao máximo suas consequências, ao promover a saúde da pessoa idosa. Essa prática requer do enfermeiro o conhecimento técnico e científico aprofundados de todo contexto em que a sarcopenia está inserida.

Vale ressaltar ser importante o reconhecimento por parte do enfermeiro do perfil do idoso com sarcopenia na sua área de abrangência, pois desta forma será possível a elaboração de estratégias assistenciais, educacionais e preventivas, bem como, a implantação de instrumentos diagnósticos, que auxiliem os enfermeiros a identificar e intervir precocemente na sarcopenia.

5.4 Demandas e necessidades do enfermeiro da atenção primária para instrumentalizar a ação de rastreio da sarcopenia em idosos

A atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, tem como um de seus objetivos prevenir as incapacidades que ocorrem com o envelhecimento, melhorando os indicadores de saúde e promovendo o envelhecimento ativo e com qualidade de vida. Nesse ambiente é possível desenvolver ações de promoção da saúde, detecção precoce e o rastreamento de doenças, bem como o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013). Diante disso, salienta-se a necessidade de inserção de instrumentos de rastreio da sarcopenia na atenção

primária, ao passo que esses contribuem para identificação precoce da doença, e consequentemente a implementação de intervenções precoces.

Evidenciou-se, a partir da análise das falas dos enfermeiros, a demanda por protocolos ou fluxogramas que o auxiliem tanto no rastreio quanto no planejamento das intervenções voltadas a prevenção e identificação precoce da sarcopenia em idosos.

Primeiro, é o conhecimento, acho que mais aprofundado sobre a situação, e aí vê, [...] um fluxograma de atendimento [...]. (E3)

Pra te ser sincera, em Teresina existe um protocolo onde o enfermeiro tem habilidade e nisso ele se torna mais independente do médico e você tem mais autonomia pra prescrever uma medicação pra ter mais contato com aquele idoso [...]. (E14)

[...] Tem o protocolo de enfermagem, é um que já tem até em Teresina, a gente pegou até de lá, só que ele nunca foi implantado aqui, [...] então isso limita muito nosso trabalho aqui. (E15)

Os protocolos de enfermagem fornecem subsídios à prática, respaldando legalmente as condutas e tomadas de decisão do enfermeiro, conferindo maior autonomia e segurança a esse profissional (KAHL *et al.*, 2018). Além de serem um importante instrumento no gerenciamento do cuidado. As instituições de saúde fazem uso dos protocolos com vistas a organizar o serviço, otimizar e padronizar condutas, porém é comum nos serviços de saúde o engavetamento desses protocolos, sendo, portanto, pouco utilizados pelos profissionais (KRAUZER *et al.*, 2018). À vista disso, tem-se que muitos profissionais desconhecem ou nem sabem da existência dos protocolos no serviço.

[...] por conta desse protocolo e eu mesmo desconhecia, e se tiver aqui na nossa estratégia, foi até legal você mencionar porque aí vou atrás. (E3)

Destaca-se que a não utilização dos protocolos se refletirá na carência de padronização das práticas e diversidades nos modos de se fazer determinada ação, culminando em erros na realização da assistência (KRAUZER *et al.*, 2018). Por meio da utilização de protocolos será possível desencadear novos saberes e novas práticas, transformando a realidade do serviço.

Ressalta-se que esses protocolos devem ser baseados na melhor evidencia acerca da temática. A prática baseada em evidência consiste em um modo seguro e organizado de estabelecer condutas profissionais voltadas à solução de problemas, ancorada no tripé melhores

evidências científicas disponíveis, experiência profissional e necessidade de práticas envolvendo busca e avaliação crítica (PEDROSA *et al.*, 2015). Por meio dessa prática os enfermeiros da atenção primária irão proporcionar ao usuário uma assistência de alta qualidade, além de promover maior autonomia a esse profissional e fornece base legal para sua atuação (PERICAS-BELTRAN *et al.*, 2014).

Enfatiza-se que, para implantação dos protocolos, é necessário que os gestores ofereçam aos profissionais capacitações. Tal afirmação, reitera a necessidade de transformação das práticas profissionais que vem sendo desenvolvidas na atenção primária. Na concepção freiriana a transformação é algo inerente a evolução da consciência humana. Essa transformação, dar-se-á mediante as ações educativas mediadas pelo diálogo (FREIRE, 2013a).

Diante da complexidade da problemática e das lacunas existentes, não só relativas à invisibilidade da sarcopenia na atenção primária, mas também na implementação de instrumento de rastreio da doença, como o SARC-F e a CSPI, ressalta-se a escassez de estratégias de cuidados integrais e holísticos direcionadas aos idosos. No entanto, para que essas ações sejam efetivas é impreterível a implementação de protocolos e um trabalho em equipe, de modo que a soma de saberes possa concretiza-se em uma assistência de qualidade, pautada nas reais necessidades da população idosa.

As práticas desenvolvidas pelas equipes da ESF têm um alcance limitado, tornando-se oportuno o suporte ofertado pelo NASF. Mediante análise das entrevistas, observa-se a relevância da atuação do NASF, além da demanda por uma maior integração entre a equipe de saúde da atenção primária e os profissionais do NASF. Porém, ainda, observa-se que algumas equipes não são cobertas por esse núcleo.

[...] talvez uma integração maior com o NASF. (E17)

Como a gente tem o NASF eu gosto de encaminhar pra eles [...] lá tem educador físico, tem fisioterapeuta pra fazer essa avaliação. (E12)

Aqui a gente tem o NASF, aí toda quarta tem atividade aqui na praça e quando acaba eles vêm vê o peso, altura [...]. (E14)

Eu atuo mais sozinha [...] o NASF não faz cobertura na nossa unidade. (E15)

[...] aqui a gente não tem nenhum NASF que responde pela gente. Aí mando algumas coisas daqui pra o NASF do Parque Alvorada, mas já me pediram pra não mandar mais, porque a gente ainda não tem um NASF definido. (E9)

[...] aqui é uma unidade nova, e por isso ainda não é coberta pelo NASF.
(E22)

O NASF atua de maneira integrada, prestando apoio matricial às equipes de saúde da família, cuja finalidade é melhorar a qualidade da assistência ofertada na atenção primária, uma vez que possibilita a ampliação do escopo de ações das equipes da ESF e torna o serviço resolutivo, além de direcionar as práticas para estratégias de promoção, prevenção e reabilitação da saúde (BRASIL, 2017a).

O NASF é formado por uma equipe multiprofissional e multidisciplinar composto por assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, médico geriatra, terapeuta ocupacional, dentre outros profissionais. O processo de trabalho desses profissionais deve partir dos problemas, demandas e necessidades de saúde da população em seu território, bem como de dificuldades apresentadas por qualquer membro da equipe. Ressalta-se que esse núcleo de apoio não possui unidades físicas independentes e nem é um serviço de livre acesso a população, que deve ser regulada, quando necessário, pela equipe que atua na atenção primária (BRASIL, 2017a).

Diante dos idosos com sarcopenia, o NASF pode contribuir para a integralidade do cuidado, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre os fatores de risco da doença, uma vez que fazem parte de sua equipe o educador físico e o nutricionista, profissionais fundamentais, podendo auxiliar o enfermeiro no planejamento das intervenções, tanto de prevenção da doença quanto no tratamento.

Destaca-se que os serviços de saúde precisam de estratégias de enfrentamento das doenças advindas do processo de senescência e senilidade, como a sarcopenia. Assim, a ação da ESF em paralelo com o NASF se torna fundamental, ao ampliar o cuidado prestado à população idosa (BRASIL, 2014). Desse modo, a interação dialógica que transforma saberes e práticas é uma vantagem que se faz coerente nas propostas de atenção à saúde compartilhada entre ESF e o NASF que torna indissociável o saber e a prática, ancorado na práxis que evidencia ação-reflexão-ação.

Em adição, o processo de trabalho das equipes do NASF e da ESF deve estar embasado no compartilhamento de saberes, de práticas e de gestão do cuidado, além de promover ações de educação permanente e em saúde, com responsabilidades mútuas, gerando experiências a todos os profissionais envolvidos (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2014).

As práticas de EPS se fazem necessárias no cenário da pesquisa, tendo em vista que, dos 24 enfermeiros entrevistados, apenas um havia participado de cursos na área de gerontologia, porém sem ter tido contato com a sarcopenia. Evidencia-se, ainda, que todos os entrevistados consideram importante serem capacitados para que possam atuar na prevenção e identificação precoce da sarcopenia, como mostra os discursos a seguir:

Seria muito importante, com certeza. Justamente porque nem na academia a gente tem focado nisso, acaba que a gente não traz pra rotina. (E7)

É muito importante, acho que toda capacitação é válida [...] pelo menos aqui na minha UBS quando eu converso com alguns enfermeiros eu ainda vejo que essa questão é muito superficial, a gente ainda foca muito na hipertensão e diabetes basicamente e as vezes o idoso tá tendo outro problema e a gente não identifica, não tá capacitado pra identificar. Nossa graduação também não nos capacitou pra identificar, nós também não buscamos a forma de nós capacitar então aí fica bem limitado, então acho muito importante. (E15)

Com certeza, até porque um dos maiores problemas com os idosos é a questão do risco de queda [...] então a sarcopenia ela contribui de mais pra isso. Então se a gente tivesse assim uma forma de trabalhar esse lado a gente conseguiria reduzir os acidentes. (E23)

Sim, [...] é uma coisa que não tem na grade e que é superimportante para a população idosa. (E13)

Mediante as falas, reitera-se a importância das capacitações referentes a sarcopenia na população idosa, pois, a implantação de instrumentos de rastreio dessa doença no âmbito da atenção primária é imprescindível, tendo em vista que, esses instrumentos contribuem para a identificação precoce dos idosos mais vulneráveis a desenvolverem a doença, além de possibilitar o reordenamento da atenção a população idosa (FILIPPIN, 2015).

De acordo com a PNSPI (BRASIL, 2006c) é de responsabilidade do gestor federal estabelecer diretrizes para a qualificação e EPS da pessoa idosa; do gestor estadual implementar as diretrizes da educação permanente e qualificação em consonância com a realidade loco regional; e do gestor municipal estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde.

Diante disso, no Estado do Maranhão, no ano de 2018, foi elaborado um Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) e educação profissional no âmbito do SUS, com vista a promover a melhoria da qualidade da atenção à saúde da população no estado. Para construção do referido PEEPS foram promovidas oficinas com os gestores regionais de saúde, a coordenação regional da educação em saúde, os secretários municipais de saúde, os coordenadores da AB dos municípios e áreas técnicas da Secretária Estadual de Saúde (SES). Destaca-se que, na Região de Saúde de Timon, cenário deste estudo, as oficinas aconteceram no período de julho de 2018 (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, 2019).

Durante as oficinas foram identificados problemas que serão objeto de enfrentamento por meio de ações de EPS. Na linha de ação da AB e da gestão político-administrativa da SES, identificou-se como principais problemas a fragilidade no processo de trabalho dos profissionais; a fragilidade das redes de atenção e cuidado integral as pessoas nos vários ciclos de vida; a baixa resolubilidade da atenção primária; o baixo incentivo na elaboração dos protocolos clínicos para as unidades; a falta de capacitação das equipes em relação ao processo de trabalho na atenção primária; o pouco interesse da gestão em garantir o aperfeiçoamento dos profissionais, dentre outros (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, 2019).

Mesmo com os esforços em propor um plano para orientar as ações de EPS, no Estado do Maranhão, ainda, observa-se a escassez de propostas voltadas a qualificar os profissionais da atenção primária no tocante aos aspectos referentes ao envelhecimento da população. Em adição, enfatiza-se que a prevalência da sarcopenia continuará crescendo à medida que a proporção de idosos se eleva (ETHGEN *et al.*, 2017; ZANKER *et al.*, 2018). O que nos remete a necessidade de qualificar os profissionais da atenção primária, em especial o enfermeiro, para que esse possa desenvolver em sua prática o rastreamento da sarcopenia, tendo em vista que, a falha no rastreio dos idosos sarcopênicos, implicará no aumento da incidência de quedas e hospitalizações, aumentando os custos aos serviços de saúde.

Assim, entende-se que a EPS é uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, 2019). Por meio da EPS pretende-se ressignificar a prática assistencial, mediante ação e reflexão sobre a realidade vivida no cotidiano dos trabalhadores de saúde, viabilizando a qualidade da assistência, rompendo com

a fragmentação do cuidado e fortalecendo os serviços de saúde (BRASIL, 2009; FERREIRA *et al.*, 2019).

Assim, ao transformar a realidade por meio da prática reflexiva, o enfermeiro assume uma postura dialógica, curiosa e questionadora (MENDONÇA *et al.*, 2017). Só a curiosidade, entendida como conscientização, impulsiona o enfermeiro na procura por novos saberes na saúde do idoso, buscando conhecimentos que se refazem constantemente na práxis. Salienta-se que o processo de conscientização se inicia no desvelamento da realidade, no entanto, não é suficiente que o enfermeiro conheça e reflita sobre essa realidade para que ela se transforme, faz-se mister que esse esteja num constante movimento de aprendizagem e diálogo (FREIRE, 2011; FREIRE, 2013a).

Espaços dialógicos devem ser criados para estimularem a troca de experiência entre os enfermeiros, a fim de transformar suas práticas de acordo com as necessidades do grupo populacional que mais cresce no país, por intermédio de treinamentos alicerçados em discussões problematizadoras (MENDONÇA *et al.*, 2017).

Salienta-se que, a pedagogia crítica viabiliza a prática do enfermeiro ao possibilitar a unificação de elementos como: cultura, valorização dos saberes e reconhecimento do homem como um ser inacabado, que tem a capacidade de se reinventar na busca de fazer sua própria história (FREIRE, 2013b). Nesse contexto, o enfermeiro deve assumir uma postura de respeito e compromisso com o outro, constituindo uma relação horizontal que se revela na reciprocidade dos saberes e das práticas.

É primordial que o enfermeiro vivencie a experiência da conscientização, para que possa, insatisfeito com sua realidade transformá-la, ao superar as concepções tradicionais de suas práticas e construir uma cultura crítica. Paulo Freire (2013a) destaca que o saber é entendido como “uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber”. Este encontro de consciências remete a conscientização dos diversos atores envolvidos no cuidado, reconfigurando sua realidade, oportunizando o desenvolvimento de novas práticas de cuidado.

Diante da longevidade da população e o conseqüente aumento da demanda por assistência, o grande desafio a ser enfrentado consiste em exercitar, nos enfermeiros, o desenvolvimento da consciência de seu contexto, para que sejam capazes de auto estimularem o aprendizado. Para tanto, ressalta-se que tal processo seja pautado na aprendizagem significativa, que esses busquem a (re)significação de seus saberes e de suas práticas. Esse processo, é o que Paulo Freire (2013a) denomina de verdadeira conscientização, geradora do aprendizado consciente e transformador.

Ao expressarem suas dificuldades, percebe-se a ânsia dos depoentes em buscarem “ser mais”. Aqui não estamos trabalhando com a concepção de ser mais que o outro, mas de dar o melhor de si. Para Freire (2013a), “ser mais”, refere-se à possibilidade de o indivíduo desenvolver suas potencialidades por intermédio da interação com o mundo e com os sujeitos nele inseridos, buscando ser melhor.

Torna-se fundamental que a EPS proponha estratégias que permitam o acesso a processos de ensino-aprendizagem dinâmicos e contínuos, embasados em metodologias ativas, de forma a ser um facilitador na construção compartilhada de conhecimentos e não se esgotando com a aquisição de informação ou habilidade (BRASIL, 2012a; SOARES *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2018). O verdadeiro aprendizado é aquele que possibilita a quem aprendeu apropriar-se do aprendido, transformando-o no próprio aprendizado e, a partir disso, aplicá-lo nas situações concretas de sua realidade (FREIRE, 2013b).

Tem-se então, que a proposta pedagógica de Paulo Freire, pautada em questionamentos, educação ética, crítica, libertadora e transformadora, vem ao encontro do propósito da EPS, na medida em que sugere discussões e reflexões, de forma crítica e consciente, sobre a relevância do processo educativo no ambiente do trabalho (COSTA *et al.*, 2018). Além disso, as concepções freirianas vão de encontro as necessidades do SUS, no sentido de qualificar os profissionais para que se possa melhorar os processos de gestão em saúde, uma vez que, considera o usuário um sujeito ativo, que necessita ser empoderado e reconhecido como figura central frente a sua condição de saúde-doença.

Diante disso, para que se obtenha uma assistência à saúde do idoso de qualidade, enfatiza-se a necessidade de qualificação dos enfermeiros, mediante atividades de EPS, tendo em vista que, esses profissionais são os que frequentemente rastreiam as doenças, em especial a sarcopenia. A ausência de ações de EPS leva ao desconhecimento da prática e, conseqüentemente, à dificuldade em rastrear a doença, quer seja através do SARC-F ou da CSPI.

A CSPI é disponibilizada na atenção primária e auxilia os profissionais no manejo da situação dessa população, por um período de cinco anos (BRASIL, 2017a). Essa ferramenta poderá ser preenchida pela equipe de saúde, pelo idoso, seu familiar ou cuidador. Ressalta-se que a caderneta integra um conjunto de iniciativas que buscam qualificar a assistência ofertada às pessoas idosas no âmbito do SUS (BRASIL, 2018).

Na caderneta é possível registrar informações referentes a dados pessoais do idoso, histórico clínico, medicamentos, alimentação, vacinas, hábitos de vida, identificações de dores crônicas, saúde bucal, agenda de consultas e exames, além de conter orientações sobre os

direitos dos idosos e atividades de vida diária (BRASIL, 2017a). Por meio da avaliação da circunferência da panturrilha, é possível rastrear os idosos que possuem massa muscular reduzida, o que é denominado na caderneta como sarcopenia, apesar de se saber que a doença não é caracterizada apenas pela avaliação da massa muscular.

Por meio das informações contidas nessa ferramenta, é possível propor um plano de cuidados que contemple e atenda às necessidades da pessoa idosa, bem como o planejamento de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, monitoramento e avaliação da assistência aos idosos na atenção primária. Além de possibilitar o empoderamento do idoso, tendo em vista que, por meio da caderneta, as pessoas adquirem o domínio sobre suas vidas e obtêm conhecimentos que proporcionem a tomada de decisão consciente acerca de sua saúde e bem-estar (VIEIRA; SOUZA, 2016).

Porém, a literatura tem demonstrado que esta ferramenta tem sido negligenciada pelos enfermeiros. A presente investigação evidencia que tal realidade também está presente no cenário da pesquisa. A partir das falas é possível verificar três situações. A primeira é a ausência da caderneta na unidade. A segunda diz respeito a falta de conhecimento e de prática para utilizá-la. E na terceira situação, observamos sua disponibilidade, porém somente os hipertensos e diabéticos tem acesso a ferramenta.

A gente não tem a caderneta disponível e também não tenho essa prática, nunca tive essa rotina também. (E7)

[...] na verdade quando eu cheguei aqui na UBS a gente já tinha recebido a caderneta, só que a enfermeira me informou que ainda não tão utilizando a caderneta do idoso (E11)

De ter tem, mas são muitos poucos, a maioria só tem aquele cartãozinho que tem a glicemia, a PA, o do HIPERDIA (E17)

Olha a implantação da caderneta do idoso a gente só conseguiu implantar nos pacientes hipertensos e diabéticos foi o único grupo que eu peguei pra fazer a implantação apenas. (E8)

Diante dos achados, percebe-se que, mesmo a caderneta sendo um instrumento facilitador na prestação de uma assistência de qualidade ao idoso, ainda, está sendo subutilizada ou inutilizada pelos enfermeiros, em decorrência do próprio desconhecimento acerca do instrumento ou por limitações de acesso.

Em adição, uma pesquisa realizada com enfermeiros atuantes na atenção primária, constatou que a caderneta tem sido utilizada de maneira inadequada pelos profissionais. O estudo observou que a ferramenta foi distribuída a população, porém não houve a capacitação necessária para sua utilização (COSTA *et al.*, 2015). Aliado a isso, ainda é possível inferir que, além da falta de capacitação, soma-se a resistência dos profissionais e dos idosos em utilizá-la, a escassez de evidências científicas acerca da utilização desse instrumento e a dificuldade de preenchimento pelos profissionais (SÁ, 2016; COSTA *et al.*, 2015).

Diante dos achados desta pesquisa, mostra-se como grande desafio para os enfermeiros, a necessidade de ampliar seus saberes e suas práticas acerca do processo de envelhecimento e da sarcopenia, por meio de programas de educação permanente; e ainda a implantação e implementação de práticas articuladas com o NASF.

Diante disso, torna-se indispensável, no cenário contemporâneo, que se construa uma cultura de capacitação dos enfermeiros, e demais membros da equipe de saúde, considerando que o envelhecimento é uma realidade e traz consigo o aumento da demanda por uma assistência que garanta um envelhecimento ativo e saudável. Assim, diante da capacitação da equipe, será possível (re)construir seus saberes e suas práticas de forma a possibilitar o (re)conhecimento do perfil e da demanda de cuidado apresentada pelos idosos. Destaca-se que, nesse processo, o diálogo e as discussões acerca da sarcopenia se fazem fundamentais para ultrapassar as percepções pontuais e lineares acerca do envelhecimento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise e interpretação dos achados neste estudo revelam que os saberes e as práticas dos enfermeiros da atenção primária em relação a sarcopenia em idosos são insipientes e frágeis, apontando a imperativa necessidade de programas de educação permanente direcionadas a esses profissionais, para que assim possam prestar, ao idoso, uma assistência holística, integral e multidimensional, capaz de prevenir e rastrear a sarcopenia.

Por meio dessa investigação, identificou-se possibilidades e limitações enfrentadas pelos enfermeiros para rastrear a sarcopenia em idosos na atenção primária. Dentre as condições favoráveis, destacam-se a realização dessa prática durante as consultas de enfermagem, as visitas domiciliares, além dos programas de educação em saúde, afim de tornar o idoso um ser empoderado, capaz de tomar suas próprias decisões em relação a sua saúde. Por outro lado, as limitações apresentadas pelos participantes do estudo, centram-se no desconhecimento em relação ao rastreio da sarcopenia, ao aumento da demanda de idosos em busca de assistência, a sobrecarga de trabalho e a falta de recursos materiais.

Diante das deficiências apresentadas pelos enfermeiros, acredita-se que um programa de EPS possibilitará superá-las, propiciando assim a qualificação do enfermeiro, conscientizando-o quanto a importância da identificação precoce da sarcopenia e de atividades de promoção da saúde e prevenção da doença. Com a integração do NASF nesse processo, certamente será possível a redução dos danos advindos da sarcopenia e a consequente melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Na perspectiva de operacionalizar o rastreio da sarcopenia na atenção primária, os resultados desse estudo apontam como sugestões: primeiro, a implementação de programas de capacitação e treinamento dos profissionais, em especial dos enfermeiros, para que possam prevenir e rastrear a sarcopenia, e em integração com outros profissionais instituir intervenções; e implantar um protocolo para auxiliar os enfermeiros na identificação precoce da sarcopenia, bem como, na instituição de um plano de cuidados promocionais e preventivos deste agravo na população idosa, o que resultará numa melhoria da qualidade de vida deste grupo populacional.

Espera-se, por meio deste estudo, fornecer bases para futuras investigações, considerando a insipiente produção científica sobre os saberes e as práticas do enfermeiro no rastreio da sarcopenia em idosos na atenção primária. Aliado a isso, espera-se sensibilizar os gestores quanto a necessidade de qualificação dos enfermeiros quanto aos aspectos referentes a sarcopenia, a fim de que as limitações e as lacunas identificadas sejam sanadas.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, T. S. *et al.* Sarcopenia e sua associação com mudanças nos fatores socioeconômicos, comportamentais e de saúde: Estudo EpiFloripa Idoso. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, supl. 2, e180009, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v21s2/1980-5497-rbepid-21-s2-e180009.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.
- ANTONINI, T. *et al.* Estudo de associação entre nível de atividade física, risco cardiovascular e o polimorfismo do gene da Apolipoproteína em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.27-37, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n1/a04v14n1.pdf>. Acesso em: 19 maio 2018.
- BAHAT, G. *et al.* Performance of Sarc-F in Regard to Sarcopenia Definitions, Muscle Mass and Functional Measures. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v. 22, n. 8, p. 898-903, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-018-1067-8>. Acesso em: 17 set. 2019.
- BAHAT, G.; ILHAN, B. Sarcopenia and the cardiometabolic syndrome: a narrative review. **European Geriatric Medicine**, v. 7, n.3, p. 220–23, 2016. Disponível em: <https://www.em-consulte.com/en/article/1055336>. Acesso em: 10 jun. 2018.
- BALDONI, A.O.; PEREIRA, L.R.L. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde, sob a ótica do fármaco epidemiologia: uma revisão narrativa. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica Aplicada**, v. 32, n. 3, p.313-321, 2011. Disponível em: http://servbib.fcfa.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/1505/1173. Acesso em: 10 jun. 2018.
- BARBOSA-SILVA, T.G. *et al.* Enhancing Sarc-f: improving sarcopenia screening in the clinical practice. **JAMDA**, v.17, n. 12, p. 1136-1141, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.08.004>. Acesso em: 10 jun. 2018.
- BEAUDART, C. *et al.* Current review of the SarQoL®: a health-related quality of life questionnaire specific to sarcopenia. **Expert Review of Pharmacoeconomics & outcomes research**, v.17, n. 4, p. 335-41, 2017a. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14737167.2017.1360768>. Acesso em: 10 jun. 2018.
- BEAUDART, C. *et al.* French translation and validation of the sarcopenia screening tool SARC-F. **European Geriatric Medicine**, v. 9, n. 1, p. 29–37, 2017b. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41999-017-0007-1>. Acesso em: 17 set. 2019.
- BEAUDART, C. *et al.* Sarcopenia in daily practice: assessment and management. **BMC Geriatrics**, v. 16, p. 170, 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5052976/>. Acesso em: 10 jun. 2018.
- BISCHOFF-FERRARI, H. A. *et al.* Comparative performance of current definitions of sarcopenia against the prospective incidence of falls among community-dwelling seniors age

65 and older. **Osteoporosis International**, v. 26, n. 12, p. 2793-802, 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00198-015-3194-y>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília (DF): **Diário Oficial da União**, 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília (DF): **Diário Oficial da União**, 1994. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 20 ago. 2018.

BRASIL. Portaria n.º 1.395/GM Em 10 de dezembro de 1999. Aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília (DF): **Diário Oficial da União**, 1999. Disponível em: https://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117. Acesso em: 10 jun. 2018.

BRASIL. Resolução da CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 5 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Lei n.º 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília (DF): **Diário Oficial da União**, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10741.htm. Acesso em: 10 jun. 2018.

BRASIL. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 192 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 19). Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

BRASIL. Portaria n.º 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 (DF): **Diário Oficial da União**, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 10 jun. 2018.

BRASIL. Portaria n. 2528/GM, de 19 de outubro de 2006c. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF): **Diário Oficial da União**, 2006c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 22 ago. 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. 64 p. (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>. Acesso em: 10 set. 2019.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): **Diário Oficial da União**, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 22 ago. 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

BRASIL. Lei nº 12.612, de 13 de abril de 2012. Declara o educador Paulo Freire Patrono da Educação Brasileira. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 2012b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12612.htm. Acesso em: 5 set. 2018.

BRASIL. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): **Diário Oficial da União**, 2012c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 10 jun. 2018.

BRASIL. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1. ed., 1. reimpr., 2013. 95 p. (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf. Acesso em: 20 ago. 2018.

BRASIL. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: 20 ago. 2018.

BRASIL. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 4ed. 2017a. 60p. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2018.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): **Diário Oficial da União**, 2017b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 jun. 2018.

BRASIL. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 96 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_utilizacao_caderneta_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 28 ago. 2019.

BONE, A. E. *et al.* Sarcopenia and frailty in chronic respiratory disease. **Chronic Respiratory Disease**, v. 14, n. 1, p. 85–99, 2017. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1479972316679664>. Acesso em: 19 maio 2018.

BRITO, R. F. S. L. V. *et al.* O idoso na estratégia saúde da família: atuação do enfermeiro durante o envelhecimento ativo. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 8, n. 4, p. 99-108, 2015. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/905>. Acesso em: 19 maio 2018.

BRUYÈRE, O. *et al.* Assessment of muscle mass, muscle strength and physical performance in clinical practice: an international survey. **European Geriatric Medicine**, v. 7, n. 3, p. 243-46, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878764915002430>. Acesso em: 19 maio 2018.

BRUYÈRE, O. *et al.* The health economics burden of sarcopenia: a systematic review. **Maturitas**, v. 119, p. 61-69, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512218306996>. Acesso em: 20 nov. 2019.

CAÇADOR, B.S. *et al.* Being a nurse in the family health strategy programme: challenges and possibilities. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 612-26, 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1027>. Acesso em: 1 set. 2019.

CAMPOLINA, A.G. *et al.* A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Caderno de Saúde Pública**, v.29, n. 6, p. 1217-29, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a18v29n6.pdf>. Acesso em: 22 maio 2018.

CAO, L. *et al.* A pilot study of the SARC-F scale on screening sarcopenia and physical disability in the Chinese older people. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v. 18, n. 3, p. 277–283, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/258168373_A_pilot_study_of_the_SARC-F_scale_on_screening_sarcopenia_and_physical_disability_in_the_Chinese_older_people. Acesso em: 22 maio 2018.

CARVALHO, J.; SOARES, J.M. Envelhecimento e força muscular - breve revisão. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, Portugal, v. 4, n. 3, p.79–93, 2004. Disponível em: <http://athlon-esportes.com/wp-content/uploads/2013/06/Idoso-Envelhecimento-e-for%C3%A7a-muscular-breve-revis%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

CAWTHON, P. M. *et al.* Sarcopenia and Health Care Utilization in Older Women. **The Journals of Gerontology**, v. 72, n. 1, p. 95–101, 2017. Disponível em: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/72/1/95/2629940>. Acesso em: 20 nov. 2019.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL (ILC-BRASIL). **Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade**. 1ª edição – Rio de Janeiro, 2015. 121 p. Disponível em: <http://ilcbrazil.org/portugues/wp->

content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%ADtico-ILC-Brasil_web.pdf. Acesso em: 10 jun. 2018.

CÉSAR, C.C. *et al.* Capacidade funcional de idosos: análise das questões de mobilidade, atividades básicas e instrumentais da vida diária via Teoria de Resposta ao Item. **Cadernos de Saúde Pública**, v.31, n. 5, p. 931-45, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n5/0102-311X-csp-31-5-0931.pdf>. Acesso em: 22 maio 2018.

CHANG, K. V. *et al.* Association between sarcopenia and cognitive impairment: a systematic review and metaanalysis. **JAMDA**, v. 17, n. 12, p. 1164.e7-1164.e15, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/309655154_Association_Between_Sarcopenia_and_Cognitive_Impairment_A_Systematic_Review_and_Meta-Analysis. Acesso em: 22 maio 2018.

CHIBANTE, C. L. *et al.* O gerenciamento do cuidado de enfermagem aos clientes idosos: a busca por evidências. **Revista de Enfermagem da UFPE On Line**, Recife, 10 Supl., n. 2, p. 848-58, 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/Dr.%20Ruthielly/Downloads/11028-24253-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Dr.%20Ruthielly/Downloads/11028-24253-1-PB%20(2).pdf). Acesso em: 10 jun. 2018.

CONFORTIN, S. C. *et al.* Sarcopenia e sua associação com mudanças nos fatores socioeconômicos, comportamentais e de saúde: Estudo EpiFloripa Idoso. **Caderno de Saúde Pública**, v. 34, n. 12, e00164917, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018001205007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 jun. 2018.

CORREIA, A. A.; FREIRES, F. C.; LUCENA, A. L. R. Assistência de Enfermagem ao idoso em unidades de saúde da família. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 13, n. 2, p. 33-41, 2015. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/ASSIST--NCIA-DE-ENFERMAGEM-AO-IDOSO-EM-USF-PRONTO.pdf>. Acesso em: 5 set. 2019.

CORTÉS, W. A. G.; FERNÁNDEZ, F. E. M.; SAN MIGUEL, L. C. O. Sarcopenia, una patología nueva que impacta a la vejez. **Revista Colombiana de Endocrinología, Diabetes & Metabolismo**, v. 5, n. 1, p. 28-36, 2018. Disponível em: <http://revistaendocrino.org/index.php/rcedm/article/view/339>. Acesso em: 19 set. 2019.

CÔRTE, B. *et al.* Determinantes da atenção aos idosos pela rede pública de saúde, hoje e em 2030: o caso da Região Metropolitana de São Paulo. **Saúde Soc. São Paulo**, v.26, n.3, p.690-701, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2017.v26n3/690-701/pt>. Acesso em: 5 set. 2019.

COSTA, R. R. O. *et al.* As rodas de conversa como espaço de cuidado e promoção da saúde mental. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 13, n. 43, p. 30-36, 2015. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2675. Acesso em: 5 set. 2019.

COSTA, M. A. R. *et al.* Educação permanente em saúde: a concepção freireana como subsídio à gestão do cuidado. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, v. 10, n. 2, p. 558-564, 2018. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6368>. Acesso em: 5 set. 2019.

CRUZ-JENTOFT, A. *et al.* Sarcopenia: European Consensus on definition and diagnosis. **Age and Ageing**, Inglaterra, v. 39, p. 412-423, 2010. Disponível em:

<http://www.fct.unesp.br/Home/Pesquisa/labsim/sarcopenia-european-consensus-on-definition-and-diagnosis.pdf>. Acesso em: 22 maio 2018.

CRUZ-JENTOFT, A. J. *et al.* Prevalence of and interventions for sarcopenia in ageing adults: A systematic review. Report of the international sarcopenia initiative (EWGSOP and IWGS). **Age and Ageing**, v. 43, n. 6, p. 748-59, 2014. Disponível em:

<https://academic.oup.com/ageing/article/43/6/748/2812353>. Acesso em: 5 set. 2019.

CRUZ-JENTOFT AJ. Sarcopenia: ¿qué tiene que saber un farmacéutico? **Farmacia Hospitalaria**, v. 41, n. 4, p. 543-9, 2017. Disponível em:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432017000400543. Acesso em: 5 set. 2019.

CRUZ-JENTOFT, A. J. *et al.* Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. **Age and Ageing**, v. 48, n. 1, p. 16-31, 2019. Disponível em:

<https://academic.oup.com/ageing/article/48/1/16/5126243>. Acesso em: 24 mar. 2019.

DENT, E. *et al.* International clinical practice guidelines for sarcopenia (ICFSR): screening, diagnosis and management. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v. 22, n. 10, p. 1148-1161, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12603-018-1139-9>. Acesso em: 24 mar. 2019.

DIAS, F. A.; GAMA, Z. A. S.; TAVARES, D. M. S. Atenção primária à saúde do idoso: modelo conceitual de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 3, n. 22, e53224, 2017.

Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53224/pdf>. Acesso em: 22 ago. 2018.

DIZ, J. B. M. *et al.* Prevalence of sarcopenia in older Brazilians: a systematic review and meta-analysis. **Geriatrics Gerontology International**, v. 17, n. 1, p. 5-16, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ggi.12720>. Acesso em: 22 ago. 2018.

DOURADO, I. P. Senso comum e Ciência: uma análise hermenêutica e epistemológica do senso comum de oposição. **Educar em Revista**, v. 34, n. 70, p. 213-229, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-40602018000400213&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 ago. 2018.

DRAPER, J.; CLARK, L.; ROGERS, J. Managers' role in maximising investment in continuing professional education. **Nursing Management**, v. 22, n. 9, p. 30-36, 2016.

Disponível em: <http://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/nm.22.9.30.s29>. Acesso em: 22 ago. 2019.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da Pesquisa em Saúde para Iniciante**. 3 ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2014. 248 p.

ETHGEN, O. *et al.* The Future Prevalence of Sarcopenia in Europe: A Claim for Public Health Action. **Calcified Tissue International**, v. 100, n. 3, p.

229–234, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5313588/>. Acesso em: 22 ago. 2019.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em debate**, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100223. Acesso em: 22 ago. 2019.

FERREIRA, M.G.S. **Implantação e monitoramento da caderneta de saúde da pessoa idosa na estratégia de saúde da família**: a experiência da área programática do município de Rio de Janeiro. 2010. 92f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2010.

FIELDING, R.A. *et al.* Sarcopenia: an undiagnosed condition in older adults. Current consensus definition: prevalence, etiology, and consequences. International working group on sarcopenia. **JAMDA**, v. 12, n. 4, p. 249-256, 2011. Disponível em: file:///C:/Users/extra/Downloads/Sarcopenia_JAMDA2011.pdf. Acesso em: 22 maio 2018.

FILIPPIN, L.I. Rastreamento de sarcopenia na atenção Primária em saúde: será uma utopia? **Revista Inspirar – Movimento & Saúde**, ed. 35, v. 7, n. 3, 2015. Disponível em: https://www.inspirar.com.br/wp-content/uploads/2015/10/rastreamento-artigo1_enviar_ed35_jul-ago-set-2015.pdf. Acesso em: 22 ago. 2018.

FILIPPIN, L.I. *et al.* *Time Up and Go Test* no rastreamento da sarcopenia em idosos residentes na comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 561-566, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n4/pt_1981-2256-rbgg-20-04-00556.pdf. Acesso em: 22 maio 2018.

FRANCESCA, G. G.; CORDERO, K. S. Home visit: a place for the acquisition and modification of health practices. **Revista Enfermería Actual**, n. 34, 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6259741>. Acesso em: 28 out. 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: Saberes necessários à prática educativa. 57 ed. São Paulo: Paz & Terra, 2011. 144 p.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 23 ed. São Paulo: Paz & Terra, 2012. 336 p.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 66 ed. São Paulo: Paz & Terra, 2013a. 256 p.

FREIRE, P. **Educação como prática libertadora**. 44 ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2013b. 192 p.

FREIRE, A.M. **Paulo Freire**: uma História de Vida. 1 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2017. 592 p.

FREIRE, P. **Conscientização**. 1 ed. São Paulo: Cortez, 2018. 168 p.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ); CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito

humano fundamental. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 434-451, 2018.

GALAVOTE, H. S. *et al.* The nurse's work in primary health care. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 90-8, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

GARCIA, M. R. L. *et al.* Visitas domiciliares do enfermeiro e sua relação com as internações por doenças sensíveis à atenção básica. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, e20180285, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200204&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 jun. 2019.

GARZA-GONZALES, E. L. *et al.* Biomarcadores moleculares en la predicción de sarcopenia. **Revista Salud Pública y Nutrición**. v. 16, n. 1, p. 23-32, 2017. Disponível em: <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/327/308>. Acesso em: 10 out. 2019.

GUERRA, H. S. *et al.* Avaliação do risco de quedas em idosos da comunidade. **Revista Saúde.com**. v. 13, n. 2, p. 879-886, 2017. Disponível em: <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/327/308>. Acesso em: 18 out. 2019.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P. Freire's dialogic concept enables family health program teams to incorporate health promotion. **Public Health Nursing**, v. 26, n. 2, p. 159-67, 2011. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1525-1446.2010.00898.x>. Acesso em: 30 set. 2018.

IBRAHIM, K. *et al.* A feasibility study of implementing grip strength measurement into routine hospital practice (GRImP): study protocol. **Pilot Feasibility Stud**, v. 2, n. 27, p. 1-10, 2016. Disponível em: <https://pilotfeasibilitystudies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40814-016-0067-x>. Acesso em: 10 jun. 2018

IDA, S. *et al.* Development of a Japanese version of the SARC-F for diabetic patients: an examination of reliability and validity. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 29, n. 5, p. 935-942, 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40520-016-0668-5>. Acesso em: 10 jun. 2018.

IDA, S. *et al.* Association Between Sarcopenia and Mild Cognitive Impairment Using the Japanese Version of the SARC-F in Elderly Patients With Diabetes. **JAMDA**, v. 18, n. 9, p. 809.e9-.e13, 2017. Disponível em: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(17\)30343-2/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(17)30343-2/fulltext). Acesso em: 10 jun. 2018.

IDA, S. *et al.* Relationship between sarcopenia and depression in older patients with diabetes: An investigation using the Japanese version of SARC-F. **Geriatrics & Gerontology International**, v. 18, p. 1318-1322, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ggi.13461>. Acesso em: 10 jun. 2018.

INTERNACIONAL LABOUR OFFICE (ILO). **World Employment and social Outlook: trends 2015**. Geneva: Internacional Labour Office - ILO, 2015. 100 p. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_337069.pdf. Acesso em: 19 maio 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Coordenação de População e Indicadores Sociais, Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 146 p.

INSTITUTO PAULO FREIRE. **O Instituto Paulo Freire**. Disponível em: <https://www.paulofreire.org/portfolio/index.html>. Acesso em: 12 set. 2019.

JANSSEN, I. *et al.* The Healthcare costs of sarcopenia in the United States. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 52, p. 80–85, 2004. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.2004.52014.x>. Acesso em: 19 maio 2018.

KAHL, C. *et al.* Actions and interactions in clinical nursing practice in Primary Health Care. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03327, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342018000100415&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 10 jun. 2019.

KEMMLER, W. *et al.* The SARC-F Questionnaire: Diagnostic Overlap with Established Sarcopenia Definitions in Older German Men with Sarcopenia. **Gerontology**, v. 63, n. 5, p. 411-6, 2017. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Abstract/477935>. Acesso em: 10 jun. 2019.

KIM S, KIM M, WON CW. Validation of the Korean Version of the SARC-F Questionnaire to Assess Sarcopenia: Korean Frailty and Aging Cohort Study. **JAMDA**, v. 19, n. 1, p. 40-5, 2018. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861017304048>. Acesso em: 10 jun. 2019.

KIM, T. N.; CHOI, K. M. The Implications of Sarcopenia and Sarcopenic Obesity on Cardiometabolic Disease. **J Cell Biochem**. V.116, n.7, p.1171-1178, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jcb.25077>. Acesso em: 16 set. 2019.

KRAUZER, I. V. *et al.* A construção de protocolos assistenciais no trabalho em enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. e-1087, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Dr.%20Ruthielly/Downloads/e1087.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2019.

LANDI, F. *et al.* Prevalence and Risk Factors of Sarcopenia Among Nursing Home Older Residents. **The Journals of Gerontology**, v.67, n.1, p.48-55. 2012. Disponível em: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/67A/1/48/583815>. Acesso em: 12 jun 2018.

LANDI, F. *et al.* Sarcopenia: an overview on current definitions, diagnosis and treatment. **Current Protein and Peptide Science**, v. 19, n. 7, p. 633-8, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317387684_Sarcopenia_An_Overview_on_Current_Definitions_Diagnosis_and_Treatment. Acesso em: 16 set. 2019.

LARSSON, L. *et al.* Sarcopenia: Aging-Related Loss of Muscle Mass and Function. **Physiological Reviews**, v. 99, n. 1, p. 427–511, 2019. Disponível em: <https://www.physiology.org/doi/abs/10.1152/physrev.00061.2017>. 12/10/2019. Acesso em: 20 out. 2019.

LAURENT, M.R. *et al.* Muscle-bone interactions: from experimental models to the clinic? A critical update. **Molecular and Cellular Endocrinology**, v. 432, p. 14–36, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0303720715301180?via%3Dihub>. Acesso em: 22 out. 2019.

LAW, T. D.; CLARK, L. A.; CLARK, B. C. Resistance Exercise to Prevent and Manage Sarcopenia and Dynapenia. **Annual Review of Gerontology & Geriatrics**, v. 36, n. 1, p. 205-28, 2016. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/springer/argg/2016/00000036/00000001%3bjsessionid=1n3a01r0bsg8w.x-ic-live-02>. Acesso em: 22 out. 2019.

LAZARUS, N. R. *et al.* Exercise Deficiency Diseases of Ageing: The Primacy of Exercise and Muscle Strengthening as First-Line Therapeutic Agents to Combat Frailty. **JAMDA**, v.19, n. 9, p. 741-3, 2018. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861018302317>. Acesso em: 10 jun. 2018.

LIGUORI, I. *et al.* Sarcopenia: assessment of disease burden and strategies to improve outcomes. **Clinical Interventions in Aging**, v. 13, p. 913-27, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29785098>. Acesso em: 22 out. 2019.

LOCQUET, M. *et al.* EWGSOP2 Versus EWGSOP1: impact on the prevalence of sarcopenia and its major health consequences. **JAMDA**, v. 20, p. 384–385, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330463743_EWGSOP2_Versus_EWGSOP1_Impact_on_the_Prevalence_of_Sarcopenia_and_Its_Major_Health_Consequences. Acesso em: 10 jun. 2018

LOUVISON, M.C.P., *et al.* Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 733-740, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400021. Acesso em: 22 ago. 2018.

MAHMUD, I. C. *et al.* A multidisciplinaridade na visita domiciliar a idosos: o olhar da Enfermagem, Medicina e Psicologia. **Pajar**, v. 6, n. 2, p. 72-84, 2018. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/pajar/>. Acesso em: 22 ago. 2019.

MALAFARINA, V. *et al.* Sarcopenia in the elderly: diagnosis, physiopathology and treatment. **Maturitas**, v. 71, n. 2, p. 109-14, 2012. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378512211003975>. Acesso em: 22 ago. 2019.

MALMSTROM, T.K. *et al.* SARC-F: a symptom score to predict persons with sarcopenia at risk for poor functional outcomes. **Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle**, v. 7, n. 28–36, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jcsm.12048>. Acesso em: 10 jun. 2018.

MALMSTROM, T.K.; MORLEY, J.E. SARC-F: a simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. **JAMDA**, v. 14, p. 531-532, 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/extra/Downloads/Malmstrom-Edit-SARC-F-questionnaireJAMDAAug2013%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/extra/Downloads/Malmstrom-Edit-SARC-F-questionnaireJAMDAAug2013%20(1).pdf). Acesso em: 12 jun 2018.

- MARTINS, A.B. *et al.* Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3403-3416. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803403&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 ago. 2018.
- MELO, P. O. *et al.* A formação do enfermeiro para atuar com a pessoa idosa na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, v. 11, Supl. 9, p. 3681-4, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/Dr.%20Ruthielly/Downloads/234501-103800-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Dr.%20Ruthielly/Downloads/234501-103800-1-PB%20(3).pdf). Acesso em: 12 set. 2018.
- MENDES, E.V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193p.
- MENDONÇA, F. T. N. F. *et al.* Health education with older adults: action research with primary care professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 792-9, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000400792&script=sci_abstract. Acesso em: 12 ago. 2019.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 408 p.
- MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf. Acesso em: 01 nov. 2019.
- MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000300507&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em:
- MONTESERÍNA, R.; ROBERTS, H. C.; SAYER, A. A. Papel de los profesionales de la atención primaria en el manejo de la sarcopenia. **Atención Primaria**, v. 46, n. 9, p. 455-456, 2014. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-papel-los-profesionales-atencion-primaria-S0212656714001292>. Acesso em: 30 out. 2019.
- OLANIRAN, A. *et al.* Who is a community health worker? a systematic review of definitions. **Glob Health Action**, v. 10, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5328349/>. Acesso em: 12 jun. 2019.
- OLIVEIRA NETO, L. *et al.* Qual o impacto do Consenso Europeu no diagnóstico e prevalência de sarcopenia em idosos institucionalizados? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.20, n.6, p.755-764, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v20n6/pt_1809-9823-rbagg-20-06-00754.pdf. Acesso em: 12 jun 2018.
- OLIVEIRA, E.M. *et al.* Atividades Avançada de vida diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. **Psico-USF**, v. 20, n. 1, p.109-120, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v20n1/1413-8271-pusf-20-01-00109.pdf>. Acesso em: 12 jun 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Brasília: OMS, 2015. 30p. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde**. Washington, D.C.: OPAS; 2018. 54 p. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Amplia%C3%A7%C3%A3o-do-papel-dos-enfermeiros-na-aten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-%C3%A0-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

PAGOTTO, V. *et al.* Calf circumference: clinical validation for evaluation of muscle mass in the elderly. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 322–328. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000200322. Acesso em: 16 set. 2018.

PARRA-RODRIGUEZ, L. *et al.* Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Spanish-Language Version of the SARC-F to Assess Sarcopenia in Mexican Community-Dwelling Older Adults. **JAMDA**, v. 17, n. 12, p. 1142-6, 2016. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861016304236>. Acesso em: 16 set. 2018.

PEDROSA, K. K. A. *et al.* Enfermagem baseada em evidência: caracterização dos estudos no Brasil. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 733-741, 2015. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40768/26737>. Acesso em: 16 set. 2018.

PERICAS-BELTRAN, J. *et al.* Perception of Spanish primary healthcare nurses about evidence-based clinical practice: a qualitative study. **International Nursing Review**, v. 61, n. 1, p. 90-8, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inr.12075>. Acesso em: 16 set. 2018.

PHU, S. *et al.* Agreement Between Initial and Revised European Working Group on Sarcopenia in Older People Definitions. **JAMDA**, v. 20, n. 3, p. 382–383, 2019. Disponível em: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(18\)30675-3/abstract](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(18)30675-3/abstract). Acesso em: 5 set. 2019.

PRADO, M.L.; SCHMIDT, K.R. **Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde**. Florianópolis (SC): NFR/UFSC; 2016. 195p. Disponível em: http://ebooks-saude.sites.ufsc.br/flipbook_PauloFreire/mobile/index.html#p=4. Acesso em: 5 set. 2019.

RAMÍREZ, M. *et al.* Sarcopenia en artritis reumatoide. **El Residente**, v. 13, n. 1, p. 31-40, 2018. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79631>. Acesso em: 5 set. 2019.

REIJNIERSE, E. M. *et al.* The impact of different diagnostic criteria on the prevalence of sarcopenia in healthy elderly participants and geriatric outpatients. **Gerontology**, v. 61, n. 6, p. 491-6, 2015. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Abstract/377699>. Acesso em: 5 set. 2019.

- REIJNIERSE, E. M. *et al.* Lack of knowledge and availability of diagnostic equipment could hinder the diagnosis of sarcopenia and its management. **PloS One**, v. 12, n. 10, p. e0185837, 2017. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0185837>. Acesso em: 5 set. 2019.
- RENDÓN, R.; OSUNA, I. A. El papel de la nutrición en la prevención y manejo de la sarcopenia en el adulto mayor. **Nutrición Clínica**, v. 12, n. 1, p. 23-36, 2018. Disponível em: <http://www.nutricionclinicaenmedicina.com/index.php/19-revista/149-5060>. Acesso em: 20 out. 2019.
- RIBEIRO, I. A. *et al.* Frailty syndrome in the elderly in elderly with chronic diseases in Primary Care. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. e03449, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100434. Acesso em: 18 out. 2019.
- RIBEIRO MP. Por uma pedagogia crítica. **Ensino em Revista**, v. 23, n. 2, p. 522-47, 2016. Disponível em: <http://Users/Dr.%20Ruthielly/Downloads/36500-Texto%20do%20artigo-150455-1-10-20161122.pdf>. Acesso em: 18 out. 2019.
- RIGON, E. *et al.* Experiências dos idosos e profissionais da saúde relacionadas ao cuidado pela estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 24, n. 5, e17030, 2016. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n5/v24n5a18.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2019.
- RODRIGUES, R. A. P. *et al.* O ensino de enfermagem gerontológica nas instituições públicas brasileiras de ensino superior. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 313-20, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000300313&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.
- ROLLAND, Y. *et al.* Sarcopenia Screened by the SARC-F Questionnaire and Physical Performances of Elderly Women: A Cross-Sectional Study. **JAMDA**, v. 18, n. 10, p. 848-52, 2017. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861017302773>. Acesso em: 20 ago. 2019.
- ROSENBERG, I. Summary comments: epidemiological and methodologia problems in determining nutritional status o folder persons. **Am. J. Clin. Nutr.**, v.50, n. 5, p. 1231-3, 1989. Disponível em: <https://ci.nii.ac.jp/naid/10027700755>. Acesso em: 10 jun. 2018.
- ROZENDO, C. A.; SALAS, A. S.; CAMERON, B. Problematizing in nursing education: Freire's contribution to transformative practice. **Nurse Educ Today**, v. 51, p.120-3, 2017. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.009>. Acesso em: 20 ago. 2019.
- RUBIO, J.; GRACIA, M. S. Ejercicios de resistencia en el tratamiento y prevención de la sarcopenia en ancianos: Revisión sistemática. **Gerokomos**, v. 29, n. 3, 133-7, 2018. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000300133&lang=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

SÁ, C.M.C.P. **Caderneta de saúde da pessoa idosa no olhar dos profissionais da estratégia de saúde da família**. 2016. 75f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2016.

SCHAAP, L. A. *et al.* Associations of sarcopenia definitions, and their components, with the incidence of recurrent falling and fractures: the longitudinal aging study Amsterdam. **The Journals Gerontology**, series A, v. 73, n. 9, p. 1199–204, 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/73/9/1199/4782134>. Acesso em: 10 jun. 2018.

SCOTT, D. *et al.* Associations of Sarcopenia and Its Components with Bone Structure and Incident Falls in Swedish Older Adults. **Calcified Tissue International**, v. 105, n. 1, p. 26–30, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00223-019-00540-1>. Acesso em: 10 jun. 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado do Maranhão 2019 – 2020**: Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Estado do Maranhão. Coordenação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde. 2019. 68 p.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TIMON-MA. **Relatório de Gestão 2016**. Secretária Municipal de Saúde de Timon, Prefeitura Municipal de Timon-MA, 2016. 9p.

SHAFIEE, G. *et al.* Prevalence of sarcopenia in the world: a systematic review and meta-analysis of general population studies. **Journal of Diabetes and Metabolic Disorders**, v. 16, n. 21, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317028263_Prevalence_of_sarcopenia_in_the_world_A_systematic_review_and_meta-analysis_of_general_population_studies. Acesso em: 15 jun. 2019.

SHLISKY, J. *et al.* Nutritional Considerations for Healthy Aging and Reduction in Age-Related Chronic Disease. **Adv Nutr**, v. 8, p. 17–26, 2017. Disponível em: <https://academic.oup.com/advances/article/8/1/17/4566586>. Acesso em: 20 out. 2019.

SILVA, J. S. *et al.* Prevalência de quedas e fatores associados em idosos institucionalizados do Município de Anápolis. **Revista Educação em Saúde**, v. 5, n. 1, p. 66-74, 2017. Disponível em: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/2384>. Acesso em: 18 out. 2019.

SOARES, A. N. *et al.* Dispositivo de educação em saúde: reflexões sobre práticas educativas na atenção primária e formação em enfermagem. **Texto contexto – enfermagem**, v. 26, n.3, p. e0260016, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000300302&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 out. 2019.

SOUSA NETO, C. T.; ALMEIDA, A. N. G. Perfil socioeconômico e epidemiológico de portadores de hipertensão e diabetes do Riacho Fundo II – DF. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 15-22, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-40314>. Acesso em: 01 set. 2019.

TANAKA, S. *et al.* Utility of SARC-F for Assessing Physical Function in Elderly Patients With Cardiovascular Disease. **JAMDA**, v. 18, n. 2, p. 176–181, 2017. Disponível em: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(16\)30497-2/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(16)30497-2/fulltext). Acesso em: 01 set. 2019.

TAVARES, R. E.; CAMACHO, A. C. L. F.; MOTA, C. P. Ações de enfermagem ao idoso na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPE On Line.**, v. 11, supl. 2, p.1052-61, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/Dr.%20Ruthielly/Downloads/13476-34185-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Dr.%20Ruthielly/Downloads/13476-34185-1-PB%20(3).pdf). Acesso em: 22 ago. 2018.

UNITED NATIONS. **World population aging 2017: highlights**. New York: United Nations, 2017. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf. Acesso em: 10 jun. 2018

VIEIRA, R. S.; SOUZA, V. R. Saúde do idoso e execução da política nacional da pessoa idosa nas ações realizadas na atenção básica à saúde. **Revista Direito Sanitário**, v. 17, n. 1, p. 14-37, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rdisan/article/view/117042>. Acesso em: 27 jun. 2019

WOO, J.; LEUNG, J.; MORLEY, J. E. Validating the SARC-F: A Suitable Community Screening Tool for Sarcopenia? **JAMDA**, v. 15, n. 9, p. 630–634, 2014. Disponível em: <https://www.fct.unesp.br/Home/Pesquisa/labsim/validating-the-sarc-f.pdf>. Acesso em: 01 set. 2019.

WU, T. Y. *et al.* Sarcopenia Screened With SARC-F Questionnaire Is Associated With Quality of Life and 4-Year Mortality. **JAMDA**, v. 17, n. 12, p. 1129–1135, 2016. Disponível em: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(16\)30307-3/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(16)30307-3/fulltext). Acesso em: 01 set. 2019.

YOSHIMURA, Y. *et al.* Interventions for Treating Sarcopenia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. **JAMDA**, v. 18, n. 6, p. 553.e1-.e16, 2017. Disponível em: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(17\)30190-1/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(17)30190-1/fulltext). Acesso em: 01 set. 2019.

ZANKER, J. *et al.* Establishing an operational definition of sarcopenia in Australia and New Zealand: Delphi Method based consensus statement. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v. 23, n. 1, p. 105-10, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12603-018-1113-6>. Acesso em: 01 set. 2019.

APÊNDICES



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
 PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



APÊNDICE A - OFÍCIO A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TIMON-MA

Of. PPGEnf. ____/2018

Teresina, ____ de ____ de 2018

Senhor Secretário,

Ao tempo em que cumprimentamos V.S^a pela vossa atuação frente à Secretaria Municipal de Saúde de Timon (Ma), comunicamos o recebimento da Aprovação para a realização da pesquisa intitulada: **Saberes e práticas do enfermeiro da atenção primária sobre a sarcopenia em idosos**, que tem como mestrandia Rutielle Ferreira Silva e orientadora e pesquisadora responsável a Prof^a Dr^a Maria do Livramento Fortes Figueiredo.

Este estudo tem por objetivos descrever os saberes do enfermeiro da atenção básica sobre a sarcopenia; caracterizar as práticas de cuidados dispensadas ao idoso em risco de desenvolver sarcopenia; levantar as possibilidades e as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro para avaliar o idoso com risco de desenvolver sarcopenia; e elaborar um material educativo, tipo folder, destinado à promoção da saúde do idoso com risco de desenvolver sarcopenia. A metodologia a ser utilizada na investigação diz respeito entrevista semiestruturada. Trata-se, portanto, de uma investigação que traz contribuições ao enfermeiro que presta assistência direta a pessoa idosa, seja em âmbito domiciliar ou nas dependências da unidade básica de saúde.

Vimos, por meio deste documento, solicitar a V.S^a que consulte os enfermeiros lotados na atenção básica. As entrevistas serão realizadas no âmbito de trabalho dos enfermeiros.

Agradecemos o vosso empenho na captação dos enfermeiros, ao tempo em que esperamos contribuir significativamente na capacitação dos referidos participantes para realização dos cuidados ao idoso em risco de desenvolver sarcopenia na atenção básica. Maiores esclarecimentos entrar em contato com a Mestranda.

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Maria do Livramento Fortes Figueiredo
 Orientadora e Pesquisadora Responsável pelo Estudo



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Saberes e práticas do enfermeiro da atenção básica sobre sarcopenia em idosos

Instituição: Universidade Federal do Piauí

Pesquisador Responsável: Prof^ª Dr^ª Maria do Livramento fortes Figueiredo

Prezado (a):

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa de forma voluntária. Esta pesquisa tem como objetivos descrever os saberes do enfermeiro da atenção básica sobre a sarcopenia; caracterizar as práticas de cuidados dispensadas ao idoso em risco de desenvolver sarcopenia; levantar as possibilidades e as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro para avaliar o idoso com risco de desenvolver sarcopenia; e elaborar um material educativo, tipo folder, destinado à promoção da saúde do idoso com risco de desenvolver sarcopenia. Você responderá a um roteiro semiestruturado. É importante destacar que a entrevista será gravada em áudio.

Os benefícios desta pesquisa consistem em sensibilizar os enfermeiros da atenção primária à saúde acerca do rastreio e da intervenção precoce na sarcopenia como parte indispensável à melhoria da assistência a ser prestada a esse público; chamar a atenção para as principais dificuldades enfrentadas pelos mesmos ao lidarem com o idoso em risco de desenvolver sarcopenia. Terá ainda como benefício a construção de um material educativo, tipo folder, que poderá servir de guia, tanto ao profissional atuante na atenção básica quanto ao usuário. Além de servir para subsidiar o desenvolvimento de novas políticas públicas que favoreçam a promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Salientamos que a pesquisa poderá apresenta ao senhor (a) riscos mínimos, ao sentir-se constrangidos, uma vez que o senhor (a) pode apresentar receio em sofrer prejuízos psíquicos e sociais ao participar da entrevista. Dessa forma, asseguramos que para minimiza-los será assumido o compromisso ético de garantir a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes. Informamos que o pesquisador responsável é obrigado a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum destes riscos ou danos à saúde do participante e que, em caso de ocorrência, o senhor (a) será atentamente ouvido e assistido no sentido de minimizar o dano.

Os pesquisadores responderão todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Consentimento do Participante

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____,
 RG/CPF nº _____, li e estou de acordo voluntariamente em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

 Assinatura do Participante do Estudo

Testemunhas (Não ligadas aos Pesquisadores)

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Declaro que obtive voluntariamente o consentimento livre e esclarecido deste participante para participar do estudo.

Timon-MA, ____ de _____ de 2019

 Profª Drª Maria do Livramento Fortes Figueiredo

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI – Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI, tel.: (86) 3237-2332 - email: cep.ufpi@ufpi.edu.br.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
 PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Nº/Data: ____ - ____ / ____ / ____

Caracterização Sociodemográfica do Participante

1. Sexo?
2. Qual a sua idade?
3. Formação Profissional
 - Quantos anos você tem de formado (a)?
 - Você possui pós-graduação? Se sim, qual? E em que?
 - Você já participou de atualizações na área de geriatria/gerontologia?
 Se sim, há quanto tempo?
4. Há quanto tempo de trabalho na ESF de Timon?

Caracterização dos Saberes e das Práticas do Enfermeiro da AB sobre a Sarcopenia

5. O que você entende por sarcopenia?
6. Quais práticas você desenvolve na ESF, em relação ao rastreamento da sarcopenia em idosos?
7. Qual algoritmo/protocolo/fluxograma você utiliza para avaliação da massa muscular, força muscular ou resistência da pessoa idosa?
8. Com que frequência é realizada a aferição da panturrilha do idoso?
 - Se não, por que?
 - E quando aferido é anotado na caderneta do idoso?
 - Se não, porque?
9. Quais dificuldades você enfrenta para rastrear o idoso em risco de desenvolver a sarcopenia?
10. Quais estratégias você poderia ou já utiliza para sanar as dificuldades e rastrear o idoso em risco de desenvolver a sarcopenia?
11. Você acha que é importante capacitar os enfermeiros para atuarem na prevenção e rastreamento da sarcopenia? Se sim, por que?
 - Se não, por que?



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



APÊNDICE D – QUADRO SISTEMATIZADOR DAS FALAS

Saberes e práticas do enfermeiro da atenção primária sobre a sarcopenia em idosos		
Participantes	Saberes do enfermeiro da atenção primária sobre a sarcopenia em idosos	Práticas do enfermeiro da atenção primária sobre o rastreio da sarcopenia e em idosos
E1 – Feminino; 39 anos; 1 ano e meio de formada; possui pós-graduação em urgência e emergência; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz um mês.	Sarcopenia é devido a alimentação do idoso, já que a gente tá falando em idoso, que ele não se alimenta bem é uma pessoa frágil e os músculos dele ficam fracos. Ele fica extraídos, e eles não se alimentam bem, por isso vem o nome sarcopenia.	Até agora, eu não encontrei nenhuma pessoa com este caso de sarcopenia, mas eu vi, ontem mesmo, foi uma das visitas, eu encontrei um idoso com sarcopenia. Ele é uma pessoa magra, a perna dele a gente vê que é bem magra, não combina para o corpo dele, a gente vê uma diferença muito grande
E2 - Feminino; 30 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em Saúde da Família; participou de um curso online de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz um ano.	Assim, porque quando a gente tem a terminação penia geralmente quer dizer a diminuição. Então, acredito que seja alguma coisa relacionado a questão de músculo. E Sarco lembra, não lembro muito bem de anatomia, mas tem a ver com as células musculares, então deve ser alguma perda, diminuição algo do tipo.	Pra falar a verdade nenhuma. Porque o que a gente faz mesmo é em relação a idosos é mais é alimentação, exercício, hipertensão e diabetes, caderneta, mas a sarcopenia em si nenhuma.
E3 - Feminino; 38 anos; 9 anos de formada; possui pós-graduação em Urgência e Emergência; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 6 anos.	Bom, sarcopenia tá relacionada mais com a idade. Com a idade você vai perdendo ou então um paciente acamado, paciente que esteja com atividade comprometida, então isso aí pode diminuir a capacidade desse, a força desse paciente com relação as musculaturas que diminuem.	Não, especificamente a gente num trabalha muito com esse termo, a gente atende muitos idosos no programa de hipertensão e diabetes, que a gente percebe que eles perdem essa massa também. Então, dentro desse grupo, a gente orienta eles a fazer atividade física dia de segunda, quarta e sexta-feira aqui pela manhã, a gente tem uma praça na frente do posto de saúde, então nosso posto é bem privilegiado por ter essa área, é uma praça bem bonita, bem arejada, muito boa. Então, a gente chama muito esses pacientes pra que eles possam fazer uma atividade física com o educador físico e também com os fisioterapeutas. A gente tem

		um fisioterapeuta que trabalha muito com essa questão também de prevenção de dor, com o cuidado com a dor e fortalecimento dessas musculaturas.
E4 - Feminino; 29 anos; 6 anos de formada; possui pós-graduação em urgência e emergência; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 3 anos.	Na verdade, não tenho conhecimento sobre.	Não. Não conheço nenhuma prática de rastreio.
E5 - Feminino; 26 anos; 3 anos de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA fazem 2 anos.	Eu acho que é algo que seja ósseo ou sei lá, alguma coisa assim.	Não, pois não sei como fazer essa prática.
E6 - Feminino; 43 anos; 10 anos de formada; possui pós-graduação em Saúde Pública; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 11 meses.	Eu entendo que é uma perda da massa óssea e da massa muscular, que acomete principalmente os idosos, mas pode acometer também pessoas que tem doenças como câncer, processos inflamatórios sérios. Pessoas com menos de 60 anos que tem essas doenças graves.	As práticas que eu desenvolvo aqui é só questão mesmo de palestras reunindo pessoas idosas e tentando colocar na mente essa mudança nessa qualidade de vida, trabalhando com a questão de uma dieta. Questão de atividade física, são basicamente essas coisas e na hora da consulta em si a gente aproveita pra orienta eles também, porque são idosos que tem pressão alta, que tem diabetes então a gente sempre fala que só o remédio não é suficiente, que eles tem que aderir a uma dieta e uma atividade física pra poder melhorar o condicionamento físico deles.
E7 - Feminino; 29 anos; 5 anos de formada; possui pós-graduação em Cardiologia e Terapia Intensiva; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 3 semanas.	Sei que tá relacionado a diminuição da musculatura em idosos.	Não. E nem tenho conhecimento que exista também.

<p>E8 - Feminino; 33 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em Terapia Intensiva e Enfermagem do Trabalho; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 3 anos.</p>	<p>É a perda da força muscular, o idoso ele perde a massa muscular e com isso vai perder a força.</p>	<p>Não, eu não desenvolvo.</p>
<p>E9 - Feminino; 27 anos; 4 anos de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 2 meses.</p>	<p>Sarcopenia é só a perda da força muscular mais ou menos no idoso</p>	<p>Nenhuma, não vou mentir pra ti.</p>
<p>E10 - Feminino; 28 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em Oncologia Multiprofissional; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz um mês.</p>	<p>Mulher o que eu entendo por sarcopenia é mais questão da musculatura do idoso, porque querendo ou não com o tempo vai atrofiando o musculo, principalmente idoso que não vai mais ter essa atividade da rotina que tinha antes, a musculatura também não é mais a mesma, tem esse declínio da força da musculatura.</p>	<p>Ainda não porque como eu comecei agora eu ainda to fazendo o levantamento da quantidade de idosos que tem na área, dos que conseguem frequentar o posto e os que são totalmente domiciliados e acamados.</p>
<p>E11 - Feminino; 25 anos; 1 anos de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 3 meses.</p>	<p>É a perda do musculo.</p>	<p>Por enquanto não.</p>
<p>E12 - Feminino; 27 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em urgência e emergência; participou de curso de aperfeiçoamento na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz dois meses.</p>	<p>É sobre o envelhecimento. As questões do idoso, das necessidades fisiológicas.</p>	<p>Assim, as estratégias que a gente faz é pegar um dia e fazer tipo um mutirão, pra poder trazer eles pra cá. Porque a assiduidade deles aqui é mais é pra receita, pra questões do HIPERDIA, a gente aproveida pra preencher a caderneta do idoso, algo que chame mesmo a atenção deles, pra tratar um todo mesmo.</p>

<p>E13 - Masculino; 30 anos; 5 meses de formado; possui pós-graduação em urgência e emergência; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 4 dias.</p>	<p>É alguma coisa em relação ao desgaste muscular do idoso</p>	<p>Como eu cheguei agora, cheguei ta com quatro dias, a gente tá na campanha de vacinação da gripe, aí o foco ta total na gripe, mas eu ainda tenho que fazer uma visita a minha comunidade que eu ainda não fiz, fiz só nas escolas e no mutirão. Mas dá pra fazer o rastreio da população idosa.</p>
<p>E14 - Feminino; 23 anos; 1 ano de formada; possui pós-graduação em obstetrícia; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 2 meses.</p>	<p>Sarcopenia é a perda de força ou da massa muscular nos idosos, aí isso acarreta a questão da dependência de bengala, a própria dependência de sair de casa.</p>	<p>Não conheço nenhuma.</p>
<p>E15 - Feminino; 30 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em Saúde da Família e Terapia Intensiva; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz um ano.</p>	<p>Nada. Nunca ouvi falar. Eu tive até uma ideia no dia que vocês falaram lá, mas agora esqueci, já faz um tempo.</p>	<p>Nada, desconheço as práticas pra rastreio.</p>
<p>E16 - Feminino; 44 anos; 1 ano de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz um mês.</p>	<p>Eu entendo assim, que quando a pessoa já tá na terceira idade ela vai diminuindo as forças, tudo nela vai ficando mais frágil. E a sarcopenia significa uma fraqueza na musculatura do idoso e muitas vezes a gente não percebe.</p>	<p>Aqui na estratégia a gente ainda não tá trabalhando com esse tema de sarcopenia, porque eu entrei aqui a pouco tempo e ai a gente ainda ta conhecendo a comunidade e vendo a questão dos atendimentos dos idosos pra gente poder trabalhar com esse tema.</p>
<p>E17 - Feminino; 38 anos; 8 anos de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz duas semanas.</p>	<p>Significa a perda de carne no idoso, o idoso vai emagrecendo, muitas vezes pensa que é outra doença e não procura descobrir realmente o que é devido a alimentação. Eles só falam que é por conta da idade e na verdade não vai atrás de descobrir o que realmente é.</p>	<p>Mulher na verdade aqui é bem complicado, porque muitos deles só vem aqui pra pegar a medicação do hipertenso, da diabetes, pedir alguma requisição, trocar receita, aí no caso teria que ser bem detalhado, pedir vários exames aí fica bem complicado.</p>
<p>E18 - Feminino; 29 anos; 2 anos de</p>	<p>É só uma questão de fraqueza muscular nos idosos, por conta da</p>	<p>Mulher a questão da fraqueza muscular, é geralmente os idosos</p>

<p>formada; possui pós-graduação em urgência e emergência; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 2 meses.</p>	<p>sarcopenia os idosos podem ter bastante quedas, só isso mesmo.</p>	<p>chegam aqui se reclamando aí a gente pede mesmo só a questão de evitar tapete em casa, só algumas coisas assim mesmo que possa ocasionar uma queda neles.</p>
<p>E19 - Masculino; 29 anos; 5 anos de formado; possui pós-graduação em urgência e emergência, Saúde Pública e Docência do Ensino Superior; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 2 anos.</p>	<p>É a redução progressiva da massa muscular que faz parte da fisiologia em algumas vezes, outras a fisiologia se transforma numa patologia específica.</p>	<p>Não faço esse rastreio.</p>
<p>E20 - Masculino; 27 anos; 4 anos de formada; possui pós-graduação UTI pediátrica e neonatal; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 7 meses.</p>	<p>Sarcopenia eu sei que é a perda de músculo, porque tem o sarcolema, só sei que é isso perda de músculo, mas mais do que isso eu não sei.</p>	<p>Não, não fazemos.</p>
<p>E21 - Feminino; 30 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em urgência e emergência; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 7 meses.</p>	<p>É tipo como se fosse uma fraqueza muscular que tem no idoso.</p>	<p>Não.</p>
<p>E22 - Feminino; 31 anos; 7 anos de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 2 meses.</p>	<p>Pra falar verdade eu não sabia do que se tratava aí fui pesquisar um pouco, e pelo que eu li é uma diminuição da força muscular do idoso.</p>	<p>Não.</p>
<p>E23 - Feminino; 36 anos; 15 anos de</p>	<p>Eu entendo que é a perda de massa muscular do idoso.</p>	<p>Não, na verdade a gente só tem mesmo o acompanhamento do</p>

formada; possui pós-graduação em Enfermagem do Trabalho, Saúde da Família e Obstetrícia; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 4 anos.		HIPERDIA que a gente faz orientações e acompanhamento dos idosos com relação a atividade física, os benefícios, mas desenvolver alguma atividade não.
E24 - Feminino; 34 anos; 5 anos de formada; possui pós-graduação em UTI e gestão em saúde; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 5 meses.	É uma deficiência na musculatura dos idosos, acho que é por deficiência em proteínas, nutrientes devido ao envelhecimento.	Não, porque desconheço e porque o que a gente mais faz é a consulta de HIPERDIA, um acompanhamento, mas nada voltada a sarcopenia.
Utilização de algoritmos/protocolos/fluxograma ou da Circunferência da panturrilha para rastrear a sarcopenia na atenção primária		
Participantes	Algoritmo/ Protocolo/Fluxograma	Circunferência da Panturrilha (frequência de realização)
E1 – Feminino; 39 anos; 1 ano e meio de formada; possui pós-graduação em urgência e emergência; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz um mês.	Até agora não desenvolvi nenhum.	Sempre nas consultas. Assim, nas visitas ele foi um desses que eu avaliei, mas aqui mesmo no posto de saúde eu não cheguei a avaliar ainda. Foi ontem que a gente tava avaliando, eu peguei e tive essa curiosidade de avaliar.
E2 - Feminino; 30 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em Saúde da Família; participou de um curso online de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz um ano.	Não, só a questão mesmo do peso e eu uso só a circunferência abdominal pra questão da hipertensão e diabetes. Como eu já tinha falado, obesidade, mas sarcopenia não.	Nenhuma.
E3 - Feminino; 38 anos; 9 anos de formada; possui pós-graduação em Urgência e Emergência; nunca participou de	Não, a não ser que eles façam isso, mas eu desconheço.	Eu não faço esse tipo de avaliação, normalmente eu faço o acompanhamento do idoso, do hipertenso, do diabético, mas é relacionado ao peso, o índice de massa corpórea, a circunferência

capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 6 anos.		abdominal, é mais isso que a gente faz.
E4 - Feminino; 29 anos; 6 anos de formada; possui pós-graduação em urgência e emergência; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 3 anos.	Não.	Nunca fiz. Não sei dizer o porquê.
E5 - Feminino; 26 anos; 3 anos de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA fazem 2 anos.	Não, também não conheço nenhum.	Nenhuma. Não faz parte da rotina do posto.
E6 - Feminino; 43 anos; 10 anos de formada; possui pós-graduação em Saúde Pública; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 11 meses.	Não.	Confesso que não sei aferir, se eu soubesse eu até faria, mas não sei.
E7 - Feminino; 29 anos; 5 anos de formada; possui pós-graduação em Cardiologia e Terapia Intensiva; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 3 semanas.	Não.	Nunca, nem aqui e nem na academia. Eu só conheço a cadernetinha do HIPERDIA mesmo que eles têm.
E8 - Feminino; 33 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em Terapia Intensiva e Enfermagem do Trabalho; nunca participou de	Não, nós não temos nenhuma atividade voltada pro o idoso.	Olha, a gente ta começando a fazer acho que ta com dois meses que eu comecei a fazer a aferição nas consultas de hipertenso e diabético, que são os idosos que consigo captar na consulta, aí a gente faz.

capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 3 anos.		
E9 - Feminino; 27 anos; 4 anos de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 2 meses.	Não, porque não conheço nenhum.	Mais quando é diabético, a gente sempre tá olhando pé essas coisas, se não for a gente não avalia.
E10 - Feminino; 28 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em Oncologia Multiprofissional; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz um mês.	Não.	Nenhuma. É muito complicado você entra numa área em que a antiga enfermeira conhecia todos os pacientes e quando ela saiu ficou esse intervalo de praticamente um mês sem enfermeiro. Então, eles tão começando a vim agora pro posto, de saber que tem algum enfermeiro na área. Mas a maioria vem só pra ver com o médico a atualização de receita, então eu ainda não consegui pegar eles num dia pra bota aqui na sala e fazer essa avaliação mais completa mesmo.
E11 - Feminino; 25 anos; 1 anos de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 3 meses.	Que eu conheça aqui não tem nenhum, nenhuma escala assim pra avaliar.	Praticamente nenhuma, nenhuma frequência, porque não é rotina do serviço.
E12 - Feminino; 27 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em urgência e emergência; participou de curso de aperfeiçoamento na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz dois meses.	Não. Ai como a gente tem o NASF eu gosto de encaminhar pra eles, porque eles não são assíduos lá no NASF e lá tem educadora física, tem fisioterapeuta pra fazer esse acompanhamento.	Com nenhuma. Quase raramente, não fiz mesmo nenhuma. Porque, realmente não é a rotina mesmo aqui, eu faço só do braço mesmo, nunca cheguei a fazer não.
E13 - Masculino; 30 anos; 5 meses de formado; possui pós-graduação em urgência e emergência; nunca participou de	Não.	Não realizo, porque cheguei agora.

capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 4 dias.		
E14 - Feminino; 23 anos; 1 ano de formada; possui pós-graduação em obstetrícia; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 2 meses.	Aqui a gente tem o NASF, aí toda quarta tem atividade aqui na praça e quando acaba eles vêm vê o peso, altura e faz aquele com ergômetro que vê a massa muscular.	Por mim nenhuma, agora ele faz as medidas, o educador físico.
E15 - Feminino; 30 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em Saúde da Família e Terapia Intensiva; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz um ano.	Não. Tem a caderneta do idoso, que eu costumo preencher na primeira consulta deles, mas também não fico reavaliado, mas na primeira consulta eu preencho a caderneta.	Pra ser sincera, com nenhuma frequência. Porque não pede, não tem instrumento, eu não tenho nenhum instrumento que peça. Na consulta do idoso a gente sempre foca mais na patologia e por isso, porque não tem nenhum instrumento que peça e eu atuo mais sozinha, não atuo com educador físico, o NASF não faz cobertura na nossa unidade básica, então eu não tenho essa orientação e também eu não me atento pra isso.
E16 - Feminino; 44 anos; 1 ano de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz um mês.	Não.	Aqui, até o momento não foi verificada, não foi feita ainda essa verificação.
E17 - Feminino; 38 anos; 8 anos de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz duas semanas.	Não.	Dos dias que eu to aqui, ainda não foi feita nenhuma vez.
E18 - Feminino; 29 anos; 2 anos de formada; possui pós-graduação em urgência e emergência; nunca participou de capacitação na área de	Não uso nenhum.	A panturrilha, pra te falar a verdade, depois que eu to aqui, ainda não fiz isso. Mulher eu acho que nem eu mesma sei o porquê. Acho que acomodação.

geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 2 meses.		
E19 - Masculino; 29 anos; 5 anos de formado; possui pós-graduação em urgência e emergência, Saúde Pública e Docência do Ensino Superior; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 2 anos.	Não, a única coisa que a gente faz pra força muscular é só o exame dermatoneurologico da hanseníase, mas questão pra grupos de idosos não.	Quase que com nenhuma frequência. Acho que por falta desses grupos aqui na estratégia que até então a gente não tinha essa visão, então acho que é por conta disso mesmo, por falta de conhecimento.
E20 - Masculino; 27 anos; 4 anos de formada; possui pós-graduação UTI pediátrica e neonatal; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 7 meses.	A única coisa que a gente faz é porque na carteirinha do idoso, na própria carteirinha ele traz lá um campo, é a única coisa que eu sei, que tem lá a medida da circunferência da panturrilha esquerda, se for maior do que valor, que se não me engano é de 35 ou é 33, o risco de queda é muito maior, ai quando a gente vai nas casas dos idosos fazer a visita domiciliar a gente mede, anota e quando tem esse valor, aliás quando é mais baixo que o limite a gente sinaliza pra família.	Olha, não tá bom, porque a gente ficou um tempo comprometido na nossa agenda normal, mas agora que ta funcionando bonitinho é pra ser de mês em mês porque a cada mês a gente visita os nossos acamados, toda semana a gente vai fazer a visita aí dá um giro de mês em mês.
E21 - Feminino; 30 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em urgência e emergência; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 7 meses.	A massa muscular a gente faz o IMC, mas o esforço físico a gente não avalia.	Não realizo, porque a gente já faz tanta coisa que tem coisas que passam despercebida.
E22 - Feminino; 31 anos; 7 anos de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 2 meses.	Não.	Nenhuma, porque eu não sabia a necessidade de ta fazendo essa avaliação.
E23 - Feminino; 36 anos; 15 anos de formada; possui pós-graduação em	Não.	Nenhuma frequência, porque as únicas avaliações que nós fazemos mesmo são as orientações que a gente recebe que vem as cobranças

Enfermagem do Trabalho, Saúde da Família e Obstetrícia; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 4 anos.		do ministério da saúde, que é a PA, a glicemia quando é diabético, circunferência abdominal e o peso.
E24 - Feminino; 34 anos; 5 anos de formada; possui pós-graduação em UTI e gestão em saúde; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 5 meses.	Não.	Não verifico, como é uma questão pouco abrangente e na atenção básica a gente cuida mais voltada pra prevenção da diabetes, hipertensão e os controles aí a gente quase não faz as aferições das medidas, a única que faz é a pressão e a circunferência abdominal e a glicemia, a panturrilha nunca foi feita.

Entraves e possibilidades para a realização do rastreio da sarcopenia na atenção primária

Participantes	Dificuldades	Possibilidades
E1 – Feminino; 39 anos; 1 ano e meio de formada; possui pós-graduação em urgência e emergência; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz um mês.	Muitas dificuldades, porque eu ainda não conhecia, na minha graduação, quando eu fiz, foi pouco falado na saúde do idoso, e agora que eu estou vendo com você.	A estratégia era avaliando o paciente e conversando com ele sobre a alimentação dele, como deveria ser pra ele se alimentar melhor.
E2 - Feminino; 30 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em Saúde da Família; participou de um curso online de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz um ano.	Eu acho que, que se a gente tiver algum treinamento ou algo do tipo dá pra implantar, não tem nenhuma dificuldade não. Se tiver material e se for algo simples.	Acho que durante as consultas mensais, quando eles vêm, na oportunidade de receber medicação, a gente poderia fazer isso.
E3 - Feminino; 38 anos; 9 anos de formada; possui pós-graduação em Urgência e Emergência; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 6 anos.	Primeiro que, esse termo, sarcopenia, é pouco falada. Então, o que que acontece, é (pausa), você me perguntou sobre a (entrevistador repetiu a pergunta). Sim então, como eu te falei, alguns pacientes, principalmente idoso, são os mais afetados, eles têm mais dificuldade de vim no posto, não porque não possam vir, é porque na verdade eles são mais acomodados, são mais	Primeiro, é o conhecimento, acho que mais aprofundado sobre a situação, e aí vê, como tu falaste, um fluxograma de atendimento, uma estratégia de como pegar esses pacientes e colocar isso em prática neh?

	<p>caseiros. Então, eles não têm muita essa frequência de vir ao posto, a gente tem que estar insistindo muito pra gente poder fazer essa avaliação. Mas, é interessante focar nessa área neh? nessa situação da sarcopenia pra gente tá avaliando, pode ser até mesmo uma questão de habilidade de tá fazendo isso, por exemplo, não é muito usual tá verificando panturrilha.</p>	
<p>E4 - Feminino; 29 anos; 6 anos de formada; possui pós-graduação em urgência e emergência; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 3 anos.</p>	<p>Eu acho que mais a questão do tempo mesmo, porque quando tem muita demanda dificulta mais de você fazer uma avaliação, até no geral mesmo, não só quanto a isso, uma avaliação mais profunda do paciente. Porque sempre fica aquela coisa na sala de espera, o pessoal bate na porta, tá demorando mais com um já fica reclamando ali fora, aquilo tudo ali atrapalha também.</p>	<p>Se fosse uma demanda mais, como é que eu posso dizer? Agendada digamos assim, e os pacientes respeitassem aquele <u>agendamento</u>. Exemplo, na consulta de gestante, já é uma coisa mais organizada que a gente consegue fazer os procedimentos bem como deve ser.</p>
<p>E5 - Feminino; 26 anos; 3 anos de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA fazem 2 anos.</p>	<p>Creio que assim, primeiro eu sabendo o que era a sarcopenia, creio que ficaria mais fácil porque meios aqui nós temos, se for o caso de fita métrica, balança, tudo a gente tem. Então em termos de material creio que a dificuldade seria menos, se isso daí fosse mais esclarecido.</p>	<p>De início seria o esclarecimento da população, tira as dúvidas e fazer tipo palestras pra que depois a gente possa tá na parte prática.</p>
<p>E6 - Feminino; 43 anos; 10 anos de formada; possui pós-graduação em Saúde Pública; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 11 meses.</p>	<p>Enfrento porque primeiro o meu conhecimento é pouco, eu sei que meu conhecimento depende mais de mim mesma em ir estudar, mas com relação a ter o material eu também não tenho. A gente nunca recebeu nenhuma orientação da gestão pra ter uma espécie de treinamento pra rastrear isso aí, então de certa forma fica um pouco difícil.</p>	<p>Olha eu acho assim que se a gestão chamasse a gente e fizesse uma espécie assim de treinamento e desse os materiais pra gente rastrear sim porque o nosso público aqui maior é justamente de idosos e crianças, aí com crianças, aquelas mães que são bem orientadas elas já vem pra puericultura então a gente já começa fazendo aquele rastreamento desde pequenininho então, talvez no futuro essas crianças já estejam mais orientadas ne! Com relação aos idosos mesmo eles sendo rebeldes mais um ou outro segue. Se você fizer uma palestra pra 10 pessoas talvez um ou outro vai seguir o que você tá dizendo, já é um ganho.</p>
<p>E7 - Feminino; 29 anos; 5 anos de formada; possui pós-graduação em</p>	<p>Eu acho que a demanda aqui ainda é insuficiente. Os idosos que vem eles vêm mais com hipertensão, diabetes</p>	<p>Eu acho que, eu to tentando já fazer isso pra chamar mesmo a população pro posto, pra ele vir participar do básico mesmo, a gente distribui</p>

<p>Cardiologia e Terapia Intensiva; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 3 semanas.</p>	<p>e aí a gente acaba focando a consulta pra isso.</p>	<p>essas cadernetinhas que eles dão, só que é meio que uma coisa informal quando eles vem fazer a consulta com o médico e/ou então comigo mesmo quando vem aferir pressão ou glicemia, mas a coisa ainda tá informal, to tentando chamar ainda a população pra vir ao posto pra prevenção.</p>
<p>E8 - Feminino; 33 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em Terapia Intensiva e Enfermagem do Trabalho; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 3 anos.</p>	<p>Assim, como eu não tinha conhecimento dessa doença, desse problema que afetava o idoso, eu não trabalhava, não tinha tanto conhecimento, já tinha ouvido falar a palavra mas não tinha nenhum tipo de técnica e nem nada voltado pra sarcopenia, então assim, a minha dificuldade mesmo era de realização da atividade por desconhecimento, então não fazia por desconhecimento mesmo. A gente tem uma certa dificuldade sim, de tipo de locomoção desse idoso dentro da UBS, eu acho que aqui não é tão ideal pra o idoso, e idoso com dificuldade, e a questão da distância também, porque a minha área ela é na vertical, as casas, então tipo assim, eu fico na extremidade da, como é que eu posso te dizer?, na extremidade da área, eu fico na ponta de uma área, então assim, os meus pacientes que eu consigo desenvolver qualquer atividade são os pacientes que estão em volta da UBS, os outros que ficam na ponta eles não vem por questão de locomoção mesmo. As ruas daqui não tem fácil acesso, os pacientes tem dificuldade de chegar até a UBS, porque é muito buraco até chegar a UBS, tem ruas que elas não tem continuidade, elas são becos, então assim, eles tem que dá uma volta muito grande pra chegar até aqui, então não é de boa localização a UBS ai pra os idosos ainda pior a situação.</p>	<p>Assim, pra facilitar fazer qualquer atividade com eles eu acho que eu teria que tá me deslocando pra fazer já mesmo perto da residência deles. Fazer atividades fora aqui da UBS e não fechada aqui nesse local, porque eu acho que pra trabalhar eles, pra fazer, pra efetivar qualquer tipo de atividade com o idoso eu teria que me deslocar pra mais próximo da residência deles fazer tipo por micro área mesmo e trabalhar dentro da área deles porque se for pra convocar pra vim pra cá pra UBS a taxa de adesão é mínima, porque das atividades que eu faço, a gente faz um levantamento das micro áreas que comparecem, praticamente as que comparecem são as que estão em torno da UBS, as mais distantes elas não vem. Então, ao meu ver pra trabalhar esse, porque como é com idoso, e ai ou ele tem que vim só, quando ele consegue ainda se deslocar, ou ele tem que vim acompanhado, e pra vim acompanhado normalmente só se a família realmente for muito estruturada o que não é o caso da minha área, as famílias são bem desestruturadas, então assim, o idoso é abandonado mesmo, então ele não tem como se locomover aqui pra UBS.</p>
<p>E9 - Feminino; 27 anos; 4 anos de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia;</p>	<p>Tem muito idoso que tem muita dificuldade de vim aqui. E a maior dificuldade que tenho aqui é que grande parte do pessoal que eu atendo é fora de área, é área descoberta. Então acaba sendo um problema, porque a gente não era pra</p>	<p>Acho que eu tenho que fazer uma busca ativa maior dos idosos pra fazer eles virem no posto, porque eles só vem mesmo porque quando e hipertenso ou diabético, quando pode vim ai só vem mesmo pro dia da consulta só pra pegar medicação.</p>

trabalha na ESF de Timon-MA faz 2 meses.	atender, mas eu atendo porque é área descoberta e não tem agente de saúde.	E eles nem tem paciência de esperar, as vezes querem chegar aqui receber a medicação e ir embora.
E10 - Feminino; 28 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em Oncologia Multiprofissional; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz um mês.	Começa pela estrutura física, por conta que são duas equipes, mas só tem uma sala, só tem um consultório de enfermagem. Então meus idosos vão acabar vindo à tarde, e pra idoso sair a tarde é mais complicado ainda. A maca que a gente tinha aqui na sala, que poderia facilitar até de uma avaliação melhor, de ver em relação a marcha e tudo mais, foi roubada. Então eu vou começar a vê essa avaliação mesmo é nas visitas domiciliares, por conta que é muito difícil você deslocar um idoso de casa, principalmente noturno da tarde.	Poderia vê com as agentes de saúde, principalmente começar com esse levantamento da quantidade de idoso, dos que conseguem vir no posto, dos que são acamados, principalmente em questão dos que são acamados, aproveitar no dia da visita, da visita domiciliar que o médico acaba indo junto, então acaba fazendo um levantamento mais holístico e também interdisciplinar, porque vai eu, vai a técnica, e como ta na campanha da vacina, então a gente acaba conseguindo avaliar mais. Mas por enquanto, é mais é tentar fazer o mais rápido possível esse levantamento da quantidade de idoso e principalmente só vou conseguir checar mais, como eu fico ali na frente com as meninas da recepção, é a questão da marcha mesmo, da entrada deles no posto. Aproveitar no dia do HIPERDIA, que ai eles vem realmente, por conta de atualiza a receita que vá conseguir, fica até melhor por conta do auditório, o auditório ta sem ar condicionado, mas dá certo, até pra fazer uma palestra mesmo pra explicar essa situação, da importância do fortalecimento muscular, pra quem puder fazer uma atividade física, enriquecer a alimentação com mais proteína, fazer nem que seja uma caminhadazinha simples ao redor do quarteirão, mas em relação a isso.
E11 - Feminino; 25 anos; 1 anos de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 3 meses.	Assim, geralmente o idoso quando ele vem, ele já vem logo pra consulta, não que nem chegar perto aqui do ambulatório de enfermagem. Já vem logo pra consulta, já quer ir embora, só quer mesmo receber a medicação e ir embora, então é por eles mesmos. Mas quando é possível a gente faz a consulta do hipertenso neh, que na maioria das vezes são idosos e a gente pode tá fazendo essa avaliação agora.	Seria bom, num dia que eu soubesse que os hipertensos iam ta aqui neh? no caso no dia do hipertenso, as quintas-feiras, é pela manhã, eu posso ta fazendo tanto com os da outra estratégia como os da minha também ou então nas visitas multidisciplinares.

<p>E12 - Feminino; 27 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em urgência e emergência; participou de curso de aperfeiçoamento na área de geriatria/gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz dois meses.</p>	<p>É mais é porque, geralmente, ele tem um acompanhante, o cuidador. E as vezes, a questão da gente se locomover até lá o domicílio, a gente precisa de um transporte enviado e tudo mais. E quando chega aqui, quando eles vêm pra cá, é mais é receituário que eles querem.</p>	<p>Assim, é mais é questão de...agora mesmo eu vou marcar as visitas domiciliares, eu fiz vacinas agora, influenza, e eu não fiz somente acamados, fiz aqueles idosos que são mais resistentes e os que não tem condição de se locomover até aqui o posto, é mais é visita domiciliar mesmo.</p>
<p>E13 - Masculino; 30 anos; 5 meses de formado; possui pós-graduação em urgência e emergência; nunca participou de capacitação na área de geriatria/gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 4 dias.</p>	<p>Acredito que sim e que não, por conta desse protocolo e eu mesmo desconhecia, e se tiver aqui na nossa estratégia, foi até legal você mencionar porque aí vou atrás.</p>	<p>Primeiro fazer o rastreio, dividi a população pelo bairro, porque aqui eu pego flores, eu pego a rua 100 e pego presidio e ainda tem a população carcerária que é comigo, mas acho que não tem idoso lá.</p>
<p>E14 - Feminino; 23 anos; 1 ano de formada; possui pós-graduação em obstetrícia; nunca participou de capacitação na área de geriatria/gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 2 meses.</p>	<p>Porque a maioria dos idosos que vem aqui só vem atrás da médica, o que passa por mim no máximo é pra aferir pressão e sempre que eu afiro a pressão eu sempre vejo a altura e o peso. Ai como eles já tão apressados, aí eles saem logo e já é reclamando. Mas sempre que tem um mais com calma eu entrego o cartão (caderneta) e peço pra ele preencher e toda vez que ele vier buscar remédio pra ele anotar o peso, pra ele que recebeu o remédio, que remédio é? E também tem um cartãozinho, que não tem mais, que é o cartãozinho do hipertenso que eu sempre entrego pra ele ir anotando todas as vezes que foi aferido a pressão e glicemia pra ele ter um controle e também pra quando passar mal levar pra UPA e vê que isso não é recorrente que isso aconteceu um pico e ele tem que ser medicado.</p>	<p>Pra te ser sincera, em Teresina existe um protocolo onde o enfermeiro tem habilidade e nisso ele se torna mais independente do médico, e você tem mais autonomia pra prescrever uma medicação pra ter mais contato com aquele idoso e eu sinto muita falta disso porque quem é acostumada com Teresina pra vir pra cá é muito ruim. Porque facilitaria o serviço do enfermeiro, porque as vezes chega um paciente só pra trocar a medicação e ai tem que esperar ele (medico) atender 16 pacientes e a medica aqui da tarde ela é super ignorante, se ela atender 16 pacientes pode vir o papa ela não atenda não. E ai quando a medicação tem aqui eu prescrevo porque aqui eu resolvo, agora se eu passar pra fora (farmácia, por exemplo) eles não vão comprar a medicação porque eles não vão aceitar o carimbo.</p>
<p>E15 - Feminino; 30 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em Saúde da Família e Terapia Intensiva; nunca participou de capacitação na área de geriatria/gerontologia; trabalha na ESF de</p>	<p>Muita, muita dificuldade. Eu tenho dificuldade de captação de todo e qualquer tipo de idoso, porque eles só querem vir na UBS pra pegar medicação, a gente tentou fazer um grupo de idoso, um tempo apareceu uma educadora física aqui, e a gente tentou abrir um aqui na UBS, só que aparecia duas ou três pessoas, então eles só querem vir na UBS pra pegar</p>	<p>Eu acho que conscientizar, sala de espera, tentar fazer a busca ativa por meio dos agentes de saúde, pra ver se a gente consegue primeiro formar um grupo e baseado nesse grupo, se eles veem que tem algum resultado, se eles forem vendo que realmente tem algum efeito, que realmente foram identificados neh! as pessoas com sarcopenia, ai eu acho que se</p>

<p>Timon-MA faz um ano.</p>	<p>medicação e ir embora, eles não querem vir pra fazer aquela consulta ou pra participar de algum grupo. É muito difícil a gente conseguir captar essa população. E o posto não é estruturado para receber esse público, porque falta insumos, falta o médico, o posto não tem nem a equipe mínima neh! que é médico, a enfermeira e o dentista, só tem enfermeira e dentista, nós estamos a três meses sem médico, então quando o idoso daqui que é quase rural, é bem periférico esse bairro, quando ele sabe que aqui não tem medico, mesmo que tenha enfermeiro, mesmo que tenha dentista, ele tem muita resistência a vir, que aqui eles ainda acham que só quem vai resolver é o médico, que só resolve se for com remédio, com exame, eles não acreditam muito na questão da prevenção, então a gente tem muita dificuldade aqui não tem estrutura pra isso.</p>	<p>eles for vendo isso pode interessar mais pra eles. Seria muito bom, mas aqui não tem. Tem o protocolo de enfermagem, é um que já tem até em Teresina, a gente pegou até de lá, só que ele nunca foi implantado aqui neh! não foi aprovado, então isso imita muito nosso trabalho aqui, mais do que já é limitado.</p>
<p>E16 - Feminino; 44 anos; 1 ano de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz um mês.</p>	<p>Como eu já havia dito antes eu comecei agora, aqui na área dessa estratégia tem bastante idosos, tem idosos já acamados que a gente faz visita e são acometidos por hipertensão, por diabetes, são sequelados de AVC e a gente faz essa visita e aí como esse tema é um tema novo a gente ainda não começou a desenvolver aqui na estratégia.</p>	<p>Assim, por exemplo, as pessoas que não podem vir até a unidade a gente faz visita domiciliar a esses idosos, os que são domiciliados que tem alguma deficiência e os acamados que não podem vir mesmo a gente faz visita quinzenal a esses idosos. Nessa visita, aqueles que são diabéticos ou hipertensos faz a aferição da pressão e da glicemia capilar e vê a questão da medicação, se tá faltando a medicação a médica já deixa a receita, já renova a receita, aí a gente faz essas visitas a essas pessoas que não tem condições de vir ao posto.</p>
<p>E17 - Feminino; 38 anos; 8 anos de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz duas semanas.</p>	<p>No caso a gente teria que ter um fisioterapeuta que componha a equipe, sem que seja do NASF, porque o do NASF é pra todos os postos em si, eu acho, na minha opinião que teria que ter um profissional dentro da equipe.</p>	<p>Eu não sei nem te dizer bem preciso, mas talvez uma integração maior com o NASF, porque eu já cheguei agora e aí tem a confusão que marca aí chega tarde, aí os idosos já foram embora, aí fica aquela situação.</p>
<p>E18 - Feminino; 29 anos; 2 anos de formada; possui pós-graduação em urgência</p>	<p>Acredito que muita coisa não é nem questão de dificuldade, eu acho que é mais questão de atenção da gente mesmo porque idoso a gente tem</p>	<p>Com certeza, porque a gente tem muito idoso e eles sempre precisa da gente e acontece mulher porque o idoso já é uma pessoa altamente</p>

<p>e emergência; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 2 meses.</p>	<p>muito, que precisa muito eles vem com frequência, mais a preocupação é mais é questão de pressão, que eles já vem com essa preocupação, diabetes, mas acho que é mais questão de falta da gente mesmo em se interessar em fazer.</p>	<p>carente entendeu? Outros são bem cuidados, sem contar que as vezes a família não em muito conhecimento e nem são realmente obrigados a ter conhecimento de nada, acho que tem que ter mais interesse da gente profissional.</p>
<p>E19 - Masculino; 29 anos; 5 anos de formado; possui pós-graduação em urgência e emergência, Saúde Pública e Docência do Ensino Superior; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 2 anos.</p>	<p>Eu acho que é questão mesmo de conhecimento porque ante então isso ai não era um tema que a gente trabalha tanto e além de questão de conhecimento, falta recursos materiais também porque a gente precisa fazer mensuração de panturrilha, peso, as vezes tem balança, as vezes quebra ai as vezes passa muito tempo pra repor, a questão da própria antropometria mesmo, basicamente isso daí.</p>	<p>Acredito que como a gente tem vários grupos aqui na estratégia, seria formar esse grupo pra tá monitorando de perto essa sarcopenia deles, dos idosos, e junto com os agentes comunitários de saúde, porque eles conhecem melhor do que eu a micro área de cada um e é isso mesmo, fazer grupo prioritário com uma equipe multiprofissional pra poder sanar isso ai.</p>
<p>E20 - Masculino; 27 anos; 4 anos de formada; possui pós-graduação UTI pediátrica e neonatal; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 7 meses.</p>	<p>Assim, primeiro eu não tenho muita informação a esse respeito, não vou mentir, segundo aqui tava muito bagunçado, a gente tá conseguindo organizar agora. Eu fiquei aqui cinco meses sem médico e um mês sem técnico de enfermagem. Ai tava esse posto meio que bagunçado, aqui tinha duas equipes ai começou a funcionar essas 40 horas e só tem uma sala, ai eu entrava e ela entrava, vieram fazer uma reforma de emergência porque ia ter uma fiscalização ai tava tudo de pernas pro ar, agora que a gente ta conseguindo organizar. Mas eu realmente não tenho essa informação e ainda tem um detalhe, eu to com uma população agora de 5 mil pessoas, eu não to conseguindo dá conta, principalmente porque eu to com muita gestante e gestante toma muito tempo e não conseguindo, já faz um tempo que a gente luta pra vir a comissão aqui e organizar porque a gente sabe que o máximo de pessoal é 3 mil e quinhentas, mas não ta dando ainda, por isso que a gente ainda não conseguiu fazer muitos trabalhos aqui.</p>	<p>Não sei te responder, não sei o que eu posso fazer. Eu não se se além da aferição da panturrilha tem outra coisa.</p>
<p>E21 - Feminino; 30 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em urgência e emergência; nunca</p>	<p>A dificuldade principal é a falta de material.</p>	<p>Poderia ser com palestras que geralmente é o que acontece quando eles prestam atenção e criar um grupo de idosos, seria bem interessante.</p>

participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 7 meses.		
E22 - Feminino; 31 anos; 7 anos de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 2 meses.	Acho que só por conta da demanda aqui que é grande e eu realmente não sabia do tema e mais por conta da demanda das pessoas.	Poderia ser feito talvez no HIPERDIA
E23 - Feminino; 36 anos; 15 anos de formada; possui pós-graduação em Enfermagem do Trabalho, Saúde da Família e Obstetrícia; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 4 anos.	A quantidade de pessoas, nossa população é muito grande, nós temos muitos idosos, muitos hipertensos e diabéticos então é muita gente, a demanda é muito grande, as vezes até a própria produção da gente fica comprometida porque o próprio e-sus a gente não tem tempo de preencher, ai eu prefiro fazer minha avaliação, dá orientações, ouvir e fazer minha avaliação do que tá registrando. Porque nos enfermeiros somos punidos porque nós temos que registrar muita coisa pra muita gente e eu acho que a gente precisava enxugar mais pra gente ter mais tempo pra conversar, porque eu acho que o mais importante de tudo são as orientações, ouvir o que ele tem a dizer, porque ainda tem esse detalhe, o idoso muitas vezes ele procura o posto pra conversa porque em casa ele não tem ninguém pra conversa, então não tem como você corta uma fala dessas, você tem que ouvir tudo e tem que orientar também, as vezes a medicação que é tomada errada, uma alimentação. Então assim é muito importante isso, não que os registros não sejam importantes, mas que as orientações e a conversa com o idoso são mais importantes.	Eu não sei, só se eu acrescentar, como eu não faço esse rastreio poderia acrescenta essa avaliação nessas consultas, porque pra te falar a verdade eu nunca tinha visto em nenhuma orientação, nenhum caderno do ministério da saúde, palestra, treinamento em relação a isso, então como são muitas coisas pra gente fazer, muitas avaliações é muita coisa pra gente pensar durante uma consulta dessa, então assim era uma coisa que ainda não tinha me ocorrido mas que poderia começar a fazer.
E24 - Feminino; 34 anos; 5 anos de formada; possui pós-graduação em UTI e gestão em saúde; nunca	Mulher no momento ainda nenhuma, a questão mais como a gente é recém-chegado aqui na unidade a gente ainda ta conhecendo a nossa população aí mediante isso,	A questão é fazer a busca ativa através dos agentes de saúde e chamar a demanda dos idosos, a gente sempre faz educação em saúde e eles sempre gostam de participar

participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 5 meses.	depois que conhecer, já tá todo mundo direitinho conhecido, avaliado a gente não encontraria nenhuma dificuldade pra fazer essa avaliação.	então essa seria a oportunidade de fazer a avaliação e nas consultas.
A importância da capacitação para que os enfermeiros da atenção primária possam atuar na prevenção e rastreio da sarcopenia em idosos		
Participantes	A importância da capacitação	
E1 – Feminino; 39 anos; 1 ano e meio de formada; possui pós-graduação em urgência e emergência; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz um mês.	E1. Muito importante. Porque o enfermeiro, como eu não conhecia, já seria bom pra mim e pra muitos também que não conhecem.	
E2 - Feminino; 30 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em Saúde da Família; participou de um curso online de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz um ano.	Com certeza. Porque se está relacionado a questão da massa muscular ou algo do tipo, eu acho que tem a ver com toda qualidade de vida do idoso neh?	
E3 - Feminino; 38 anos; 9 anos de formada; possui pós-graduação em Urgência e Emergência; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 6 anos.	Sim, com certeza. Porque é algo que não é muito focado, a gente está mais focado na questão na prevenção de pressão, de diabetes, a dislipidemia, então são essas coisas. E aí, é bem interessante que sejam sim capacitados pra gente focar mais. Acho que tem muita coisa que tá perdida ainda.	
E4 - Feminino; 29 anos; 6 anos de formada; possui pós-graduação em urgência e emergência; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 3 anos.	Sim, porque conhecimento nunca é demais neh! e principalmente na área que a gente tá que envolve diversos conhecimentos de todas as áreas a gente tem que dominar um pouquinho de cada coisa então quanto mais (conhecimento) melhor.	
E5 - Feminino; 26 anos; 3 anos de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA fazem 2 anos.	Com certeza. Porque muitos não tem o conhecimento disso e se isso afeta, pelo que a gente percebe, como você já falou, que afeta tanta gente isso é muito bom pra gente, até mesmo pra gente se atualizar.	
E6 - Feminino; 43 anos; 10 anos de formada; possui pós-graduação em Saúde Pública; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 11 meses.	Com certeza, porque mesmo que todos não façam, porque também tem uns enfermeiros que são resistentes também a não querer aumentar o trabalho né! mas mesmo que uma minoria faça já tem ganho, tudo é ganho.	
E7 - Feminino; 29 anos; 5 anos de formada; possui pós-graduação em Cardiologia e Terapia Intensiva; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 3 semanas.	Seria importante, com certeza. Justamente, porque nem na academia a gente tem focado nisso, acaba que a gente não traz pra rotina.	
E8 - Feminino; 33 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em	Sim, com certeza, qualquer tipo de atividade que volte pra qualidade de vida, principalmente do idoso, que é o que a	

<p>Terapia Intensiva e Enfermagem do Trabalho; nunca participou de capacitação na área de geriatria/gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 3 anos.</p>	<p>gente tá tendo um aumento neh, do tempo de vida e ai assim, se a gente tiver maior tempo de vida com qualidade, a gente vai ter idosos bem melhores com questão de adoecimento até, porque o problema é que depois que passa dos 60 eles ficam já, são pessoas já debilitadas. Aqui da minha área as pessoas a partir dos 60 anos é raro o caso de pessoas ativas, que praticam atividade física, a maioria são idosos que ficam dentro de casa trancados e a família deixa mesmo trancado, porque não tem com quem deixar.</p>
<p>E9 - Feminino; 27 anos; 4 anos de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 2 meses.</p>	<p>Acho, porque é uma coisa que gente faz pouco, a maioria tem pouco conhecimento disso. Eu acho muito importante.</p>
<p>E10 - Feminino; 28 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em Oncologia Multiprofissional; nunca participou de capacitação na área de geriatria/gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz um mês.</p>	<p>De mais, principalmente na área da estratégia porque querendo ou não é onde você vai conseguir visualizar mais idosos, porque no hospital, quando o idoso vai é porque já tá bem debilitado e você não vai conseguir fazer esse levantamento (avaliação da sarcopenia) de forma completa e funcional, porque ele já tá chegando debilitado. Aqui no posto não, você consegue até saber a rotina do paciente, de como é a alimentação, de exercícios, se tem acompanhantes, se mora só, se tem algum risco em mora só. Como eles estão vindo mais pro posto, por conta da atualização da receita, é quando a gente vai conseguir fazer alguma atividade mesmo e avaliar de forma mais concreta. Porque por enquanto tá muito no boca a boca, e olhando cadernos e livros da antiga enfermeira não vi nada a respeito da quantidade de idosos que tem na área, de a quantidade que são hipertensos, quantidade que tem diabetes, assim de forma mais concreta.</p>
<p>E11 - Feminino; 25 anos; 1 anos de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 3 meses.</p>	<p>Sim, com certeza. Geralmente o idoso já pensa que é normal ter perda de massa, não ter força, quando na verdade não é. Se você tiver praticando atividade física regularmente, verificando se tá tudo normal, com certeza ele vai ter uma qualidade de vida bem melhor</p>
<p>E12 - Feminino; 27 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em urgência e emergência; participou de curso de aperfeiçoamento na área de geriatria/gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz dois meses.</p>	<p>Sim, com certeza. Creio que vai melhorar tanto pra gente quanto pro usuário, eles precisam, e quando eles estão sendo atendidos como um todo aí eles ficam satisfeitos. Aqui a gente aproveita um café da manhã das mães entendeu? Pra implantar alguma coisa pra o idoso.</p>
<p>E13 - Masculino; 30 anos; 5 meses de formado; possui pós-graduação em urgência e emergência; nunca participou de capacitação na área de geriatria/gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 4 dias.</p>	<p>Sim, como você disse que a tua ideia inicial era fazer uma capacitação, é uma coisa que não vemos na grade curricular é importante. Eu aceitaria de boa, porque é uma coisa que não tem na grade e que é superimportante para a população idosa.</p>
<p>E14 - Feminino; 23 anos; 1 ano de formada; possui pós-graduação em obstetrícia; nunca participou de capacitação na área de geriatria/gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 2 meses.</p>	<p>Eu acho que sim, por mais que seja vago, como eu te falei, mas pelo menos você já fica com um olho mais atento neh! você um idosos sentado ali, você que ele tem uma panturrilha muito grande, que ele tá com uma dificuldade de se levantar, você já pode chamar ele pra fazer uma avaliação, pra indicar pra ele um nutricionista, uma atividade física.</p>

<p>E15 - Feminino; 30 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em Saúde da Família e Terapia Intensiva; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz um ano.</p>	<p>É muito importante, porque e acho que toda capacitação e válida e eu acho que pelo menos aqui na minha UBS e quando eu converso com alguns enfermeiros eu ainda vejo que essa questão é muito negligenciada, que a gente ainda sabe muito do superficial, a gente ainda foca muito na hipertensão e diabetes basicamente, e as vezes o idoso tá tendo outro problema e a gente não identifica, não tá capacitado pra identificar, nossa graduação também não nos capacitou pra identificar, nós também não buscamos a forma de nós capacitar então ai fia bem limitado, então acho muito importante.</p>
<p>E16 - Feminino; 44 anos; 1 ano de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz um mês.</p>	<p>Acho muito interessante e muito importante esse tema, é um tema novo e a gente pode tá trabalhando nas estratégias, que os enfermeiros podem tá desenvolvendo. E assim como é um tema novo e nem todos s enfermeiros desenvolve na estratégia, eu acho muito importante e muito interessante esse tema pra gente trabalhar na estratégia.</p>
<p>E17 - Feminino; 38 anos; 8 anos de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz duas semanas.</p>	<p>Com certeza, por conta que aí no caso já seria bem definido na hora da consulta do enfermeiro ele já analisava direitinho, já via quais seriam os problemas deles, as dificuldades já seria bem melhor.</p>
<p>E18 - Feminino; 29 anos; 2 anos de formada; possui pós-graduação em urgência e emergência; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 2 meses.</p>	<p>Com certeza, porque a gente tem muito idoso e eles sempre precisa da gente e acontece mulher porque o idoso já é uma pessoa altamente carente entendeu? Outros são bem cuidados, sem contar que as vezes a família não tem muito conhecimento e nem são realmente obrigados a ter conhecimento de nada, acho que tem que ter mais interesse da gente profissional.</p>
<p>E19 - Masculino; 29 anos; 5 anos de formado; possui pós-graduação em urgência e emergência, Saúde Pública e Docência do Ensino Superior; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 2 anos.</p>	<p>Sim, porque como eu falei, essa prática a gente não desenvolve, eu particularmente aqui na estratégia não desenvolvo, a prevenção da sarcopenia, porque? Por falta realmente de conhecimento que a gente não tem sobre isso.</p>
<p>E20 - Masculino; 27 anos; 4 anos de formada; possui pós-graduação UTI pediátrica e neonatal; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 7 meses.</p>	<p>É sim, porque se evitar uma queda no idoso, uma queda num idoso é uma coisa terrível, tanto pra ele como pra todo mundo, porque ele vai cair, ele vai internar, ai depois ele vai ficar acamado, ai vamo ter que ir visitar ele, vai ter muito gasto do município encima dele, tanto com a internação como na reabilitação, como a atenção básica em casa, ai ele vai ficar doente, vai comprometer a família em casa que vai ter que cuidar dele, ai já gera uma questão de que pode comprometer a renda familiar porque alguém vai ter que diminuir seu trabalho pra cuidar do idoso é uma série de coisas, é uma bola de neve.</p>
<p>E21 - Feminino; 30 anos; 7 anos de formada; possui pós-graduação em urgência e emergência; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 7 meses.</p>	<p>Muito, porque é necessário, é uma coisa que a gente deixa de lado, porque a gente já faz inúmeras coisas e aqui em Timon que é muito papel, muita burocracia e ai tem coisas que realmente a gente deixa de lado.</p>

<p>E22 - Feminino; 31 anos; 7 anos de formada; não possui pós-graduação; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 2 meses.</p>	<p>Acho que sim, porque seria uma forma de prevenir as possíveis quedas em idosos e as fraturas.</p>
<p>E23 - Feminino; 36 anos; 15 anos de formada; possui pós-graduação em Enfermagem do Trabalho, Saúde da Família e Obstetrícia; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 4 anos.</p>	<p>Com certeza, até porque um dos maiores problemas que a gente tem com os idosos é a questão do risco de queda, então a queda pro idoso ela é assim fatal muitas vezes, então a sarcopenia ela contribui de mais pra isso neh! Então se a gente tivesse assim uma forma de trabalha esse lado a gente conseguiria reduzir os acidentes, as ocorrências</p>
<p>E24 - Feminino; 34 anos; 5 anos de formada; possui pós-graduação em UTI e gestão em saúde; nunca participou de capacitação na área de geriatria/ gerontologia; trabalha na ESF de Timon-MA faz 5 meses.</p>	<p>Com certeza, porque a gente sabe que os idosos tem o processo de senescência e senilidade que é bom a gente tá acompanhando e é um grupo muito vulnerável e precisa dessa atenção redobrada e as vezes a gente fica só naquele mecanismo de consulta, vê medicação, vê o controle e pra casa. Ai o agente de saúde vê pergunta se ta tudo bem e pronto, aí fica uma coisa mecânica, mas o enfermeiro tem a capacidade pra que faça essas avaliações da sarcopenia e que faça a avaliação qualificada do idoso.</p>

ANEXOS

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA EXECUÇÃO DE PESQUISA

ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMON
SECRETARIA DE SAÚDE

**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
PARA EXECUÇÃO DE PESQUISA**

Declaramos para fins acadêmicos que a Sra. MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO, docente da Universidade Federal do Piauí – UFPI e a Sra. Rutielle Ferreira Silva, aluna da UFPI – Teresina – PI, estão autorizadas a realizarem uma pesquisa acerca do conhecimento e a prática do enfermeiro da atenção básica da Secretaria de Saúde do Município de Timon, cujo objetivo é de atender a exigência de trabalho científico para conclusão do Curso de Mestrado de Enfermagem na UFPI. A pesquisa se condiciona a apresentação de documento que comprove a aprovação da referida pesquisa no Comitê de Ética da IES.

Timon-MA, 11 de julho de 2018


Isadora Machado Tabatinga
Diretora Administrativa
Portaria: 0184/2017-GP
Fone: 017.359.673-86

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SABERES E PRÁTICAS DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE SARCOPENIA EM IDOSOS

Pesquisador: MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 96447218.9.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.883.274

Apresentação do Projeto:

A pesquisa será de natureza qualitativa com abordagem da pesquisa-ação, sobre os saberes e as práticas do enfermeiro da atenção básica sobre a sarcopenia em idosos. Segundo a pesquisadora responsável estimativas apontam que em 2030 a expectativa de vida média no Brasil seja de 79 anos (UNITED NATIONS, 2017). O aumento da expectativa de vida vem acompanhado de mudanças no perfil de saúde, onde as doenças crônicas degenerativas e as incapacidades funcionais se destacam. Dentre as doenças crônicas que se instalam em decorrência do processo de envelhecimento e que são responsáveis por incapacidades e dependência destaca-se a sarcopenia (FREITAS et al., 2013). A sarcopenia é caracterizada não somente pela perda de massa muscular como também pela diminuição da força e/ou desempenho muscular. A população idosa é a mais susceptível a essas alterações decorrentes da doença, uma vez que com o envelhecimento há um declínio gradual da função muscular.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever os saberes do enfermeiro da atenção básica sobre a sarcopenia; Caracterizar as práticas de cuidado dispensadas ao idoso com risco de desenvolver sarcopenia;
Levantar as possibilidades e as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro da atenção básica para avaliar o idoso com risco de desenvolver sarcopenia; Elaborar um material educativo, tipo folder, destinado à promoção da saúde do idoso com risco de desenvolver sarcopenia.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 2.883.274

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o Termo de Consentimento Livre esclarecido - TCLE:

Riscos: a pesquisa poderá apresenta ao senhor (a) riscos mínimos, ao sentir-se constrangidos, uma vez que o senhor (a) pode apresentar receio em sofrer prejuízos psíquicos e sociais ao participar dos seminários temáticos. Dessa forma, asseguramos que para minimiza-los será assumido o compromisso ético de garantir a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes. Informamos que o pesquisador responsável é obrigado a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum destes riscos ou danos à saúde do participante e que, em caso de ocorrência, o senhor (a) será atentamente ouvido e assistido no sentido de minimizar o dano. Os pesquisadores responderão todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Benefícios: desta pesquisa consistem em sensibilizar e capacitar os enfermeiros da atenção básica acerca do rastreio e da intervenção precoce na sarcopenia como parte indispensável à melhoria da assistência a ser prestada a esse público; chamar a atenção para as principais dificuldades enfrentadas pelos mesmos ao lidarem com o idoso em risco de desenvolver sarcopenia. Terá ainda como benefício a construção de um material educativo, tipo folder, que poderá servir de guia, tanto ao profissional atuante na atenção básica quanto ao usuário. Além de servir para subsidiar o desenvolvimento de novas políticas publicas que favoreçam a promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante sobre a saúde do idoso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados no protocolo de pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/2012, apto para ser desenvolvido tem parecer de aprovado.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



**UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO**



Continuação do Parecer: 2.883.274

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1198394.pdf	21/08/2018 21:43:19		Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	21/08/2018 21:42:11	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	21/08/2018 21:41:42	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	21/08/2018 21:40:58	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DOS_PESQUISADORES.pdf	20/08/2018 22:16:55	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	LATTES_Rutielle.pdf	20/08/2018 22:15:47	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	Lattes_MariadoLivramento.pdf	20/08/2018 22:15:13	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.docx	20/08/2018 22:10:50	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_detalhado.docx	20/08/2018 22:09:47	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	20/08/2018 22:09:23	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_AUTORIZACAO.pdf	20/08/2018 22:08:16	MARIA DO LIVRAMENTO	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 2.883.274

Outros	DECLARACAO_DE_AUTORIZACAO.pdf	20/08/2018 22:08:16	FORTES FIGUEIREDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/08/2018 22:03:55	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	20/08/2018 22:02:03	MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 10 de Setembro de 2018

Maria do Socorro Ferreira dos Santos

Assinado por: *Santos*

Maria do Socorro Ferreira dos Santos
(Coordenador)

Prof. Dra. Maria do Socorro Ferreira dos Santos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Humana
Campus Ministro Petrónio Portella/UFPI
Ato da Renúncia nº 1002/18

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br