

Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso

Conceptions and practices of community health agents caring for the elderly

Adriana Falangola Benjamin Bezerra^a, Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo^a e Malaquias Batista Filho^b

^aDepartamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE, Brasil.

^bDepartamento de Nutrição. UFPE. Recife, PE, Brasil

Descritores

Agente comunitário de saúde. Saúde do idoso. Idoso. Envelhecimento. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde.

Resumo

Objetivo

Analisar as principais concepções entre agentes comunitários referentes ao processo de envelhecimento.

Métodos

Pesquisa qualitativa, do tipo exploratória/descritiva, realizada no município de Camaragibe, Estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2002. Os dados foram coletados por meio de análise documental e entrevista com 148 agentes comunitários de saúde. A análise temática permitiu a classificação e agregação dos dados.

Resultados

As agentes identificaram como principal atribuição desenvolver atividades de educação em saúde e realizar ações básicas; referem opinião de valor negativo em relação ao envelhecimento e apresentam compreensão do conceito de saúde. As queixas mais citadas pelos idosos referem-se aos problemas de saúde e à necessidade de afeto. O cuidado com os problemas de saúde foi identificado como a principal responsabilidade da agente e a organização dos serviços foi uma das dificuldades para operacionalizar o atendimento. A sondagem em relação às expectativas revelou o desejo das agentes por mais conhecimento em envelhecimento.

Conclusões

As agentes identificam-se como protagonistas da atenção básica e agente nuclear da realização de determinadas políticas de saúde. As concepções em relação às atribuições e a saúde do idoso apresentam uma visão positiva. O estudo indica a necessidade de investir na formação de agentes capazes de lidar com os múltiplos aspectos do envelhecimento.

Keywords

Community health agent. Aging health. Aged. Aging. Health knowledge, attitudes, practice.

Abstract

Objective

To assess the main conceptions related to the aging process among community health agents.

Methods

An exploratory descriptive qualitative study was carried out in Pernambuco, Northeastern Brazil, from 2000 to 2002. Data was collected from records and interviews with 148 community health agents. The thematic analysis allowed data classification and assembling.

Correspondência/ Correspondence:

Adriana Falangola Benjamin Bezerra
Departamento de Medicina Social - UFPE
Av. Prof. Moraes Rêgo, s/n Cidade Universitária
50670-420 Recife, PE, Brasil
E-mail: afalangola@uol.com.br

Baseado em tese de doutorado apresentada ao Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, em 2004.
Trabalho financiado pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE - Processo n. 23-CSD-02/00-01-5).
Recebido em 4/8/2004. Reapresentado em 9/5/2005. Aprovado em 5/6/2005.

Results

The results show that community health agents identified their main tasks as the development of activities in health education and performance of basic actions. Most of them had negative opinions on the aging process, and complete understanding of the concept of health. They mentioned that most complaints by the elderly are health-related problems and need for affection. Community agents identified caring for the elderly as their main responsibility and inadequate service organization made it difficult to operationalize care delivery. Regarding their expectations, they were found to want to further their knowledge on the aging process.

Conclusions

Community health agents identified themselves as main actors for delivery basic care and core agents in the accomplishment of specific health policies. Their conceptions had a positive perspective in relation to their attributions and aging health. The study points out to the need of promoting agents' training to make them able to deal with the multiple aspects of aging.

INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 como a era do envelhecimento, dado o crescimento marcante da fração de indivíduos considerados idosos, com idade equivalente ou superior a 60 anos.²

No Brasil, estima-se que a população de idosos crescerá 16 vezes, contra cinco vezes o crescimento da população geral. Em termos absolutos, em 2025 isso significará a sexta maior população de idosos do mundo, ou seja, 32 milhões de indivíduos idosos.³

O rápido processo de envelhecimento da população brasileira, apesar de recente, vem sendo ressaltado na produção científica e nos fóruns de discussão sobre o assunto. Tal processo não é discutido apenas por suas implicações sociais, mas, também, pela necessidade de estruturação de um modelo assistencial que contemple o segmento idoso de forma integral, superando os desafios representados por novas demandas sociais e de saúde.¹³

Entre tais desafios coloca-se o fortalecimento do trabalho interdisciplinar da equipe que assiste ao idoso, a partir de dinâmicas relacionais, integradoras das diversas áreas de conhecimento. Esse é um território por onde transitam não apenas o mundo cognitivo, mas também a solidariedade profissional que está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres, mostrando-se eficaz na constituição de modelos assistenciais centrados no usuário.*

O processo de municipalização da saúde tem investido na ampliação do atendimento por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa

de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerados portas de entrada ao sistema de saúde. Esses programas buscam a relação mais pessoal dos profissionais com os usuários, com capacidade resolutive de 80% das demandas da população.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) vêm se constituindo, nesses programas, como segmento efetivo do trabalho em saúde, representando novos atores nos cenários da assistência. É um segmento efetivo da produção dos serviços, que se apresenta não apenas como suporte para gerar determinadas ações em saúde, mas, também, como peça essencial na organização da assistência.¹¹ Por vivenciar os problemas e morar na comunidade em que desempenha a sua prática de trabalho, o ACS figura como importante elo de interlocução entre a equipe e o usuário, na produção do cuidado.

Referido como agente nuclear da realização de determinadas políticas de saúde, o ACS deve viabilizar, no que concerne a sua competência, os argumentos do arcabouço jurídico estabelecido na Política Nacional do Idoso. A Lei nº 8.842/94 busca o envelhecimento saudável, além de garantir os direitos dos idosos.

A realização de estudos que visem a pesquisar concepções sobre o envelhecimento, com trabalhadores envolvidos no cuidado com o idoso, pode contribuir para implementação de políticas públicas. Assim, ajudariam na construção de conteúdos para: formação e capacitação de pessoal, instrumento para gestão, e como apoio na tomada de decisões, por meio da avaliação para gestão.

O presente estudo teve por objetivo analisar as concepções (representações) que predominam entre os ACS

*Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios 2001. Disponível em URL: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/tribuna.htm> [13 mai 2002]

no que se refere ao processo de envelhecimento. Nesse contexto, foram investigadas questões sobre concepções que predominam entre os ACS no que se refere ao processo de envelhecimento; entraves identificados pelos ACS em sua prática no trabalho com o segmento idoso e a demanda de conhecimento dos ACS em relação ao envelhecimento.

MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido no Município de Camaragibe, localizado na Região Metropolitana do Recife, no período de 2000 a 2003. Situa-se a 16 km da capital do Estado, com população de 128.989 habitantes, distribuída em 52,9 km² e taxa de urbanização de 100%.*

A tipologia do estudo é exploratória/descritiva. Do total de 150 ACS,** formalmente inseridos no PACS ou no PSF, participaram da pesquisa 148 deles. As entrevistas foram guiadas pelas perguntas do questionário e realizadas com grupos de 30 ACS, mediante a assinatura de termo de consentimento.

A coleta de dados foi feita segundo o método de análise documental e realização de entrevistas do tipo estruturada.⁶

Foi utilizado um questionário com seis perguntas abertas e uma pergunta de múltipla escolha. As questões compreendiam dados sociodemográficos: idade, estado civil, escolaridade, ocupação anterior à função exercida, tempo na função atual, bairro de moradia, unidade de trabalho, bem como as concepções do ACS sobre o idoso e o processo de envelhecimento, com base em sua prática cotidiana. Nesse sentido, as perguntas abertas foram com relação às concepções dos ACS sobre as atribuições a serem desempenhadas; o que é ser idoso; o que é saúde do idoso; às queixas dos idosos durante as visitas domiciliares; os cuidados do ACS na atenção ao idoso; às dificuldades para o desempenho na atenção ao idoso e a demanda de conhecimento na área.

Para a análise dos relatos das, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, em especial, a análise temática. Para tanto, foram seguidas as etapas citadas por Bardin¹ (1977).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que diz respeito aos dados de identificação, houve distribuição equitativa de 39% entre o intervalo etário de 18 e 29 anos e 30 e 39 anos. Em relação

às outras variáveis individuais, 54% eram casadas; 55% referiram como grau de instrução o ensino médio completo e 59% exerciam a função atual por um período de 25 a 60 meses.

A variável escolaridade destaca-se pelo percentual de agentes com ensino médio completo quando, na época do estudo, o critério mínimo de escolaridade exigido pelo PSF para a função era saber ler e escrever.⁸

De acordo com relatos das ACS, a característica de 100% das agentes serem do sexo feminino deve-se ao fato de haver resistência ao agente do sexo masculino por parte da comunidade. Tal postura justifica-se, em parte, pela construção de “um imaginário coletivo” que permite à mulher se desnudar frente ao profissional de saúde médico e enfermeiro, pois os mesmos trazem histórias e contextos de vida diferentes do seu. No entanto, a mesma situação não se reproduz na relação com o ACS, uma vez que o mesmo compartilha vivências semelhantes à sua, incluindo o espaço geográfico. Dessa forma, estabelece-se uma situação de constrangimento, em alguns momentos impeditiva do acesso à moradia pelo ACS do sexo masculino.

Em relação ao local de moradia, 91% das agentes residiam no mesmo bairro onde está situada a Unidade de Saúde da Família, atendendo ao critério preconizado pelo PSF. Apenas 5% das agentes moravam em bairros diferentes ao da sua prática de serviço, pois segundo o PACS a alocação se dá em função das necessidades dos bairros, conforme critério específico do município. Do total das agentes entrevistadas, 4% não responderam à essa questão.

Questionadas sobre suas atribuições, as opções mais citadas foram: desenvolver atividades de educação em saúde; estimular a organização da comunidade e realizar ações básicas de saúde de acordo com seu nível de competência, por meio de visitas domiciliares. As referidas atribuições são compatíveis com o conteúdo formal repassado no treinamento introdutório concebido pelo Ministério da Saúde para o exercício da atividade. Silva & Dalmaso¹¹ (2002), ao entrevistarem ACS de uma região metropolitana, identificaram as orientações como ponto central do trabalho a ser desempenhado pela categoria, especialmente sobre prevenção de doenças e saneamento.

Quanto à representação social do idoso construída pelas ACS (Tabela 1), 65% referiu opinião de valor negativo associada à presença de enfermidades, dependência física e emocional:

*Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2000. Cidades. Disponível em URL: <http://www.ibge.gov.br> [16 Jan 2004]

**No município de Camaragibe, 100% dos agentes são do sexo feminino.

Tabela 1 - Representação social do idoso pelo agente comunitário de saúde. Camaragibe, PE, 2002.

Categoria	N (%)
Ter idade avançada, necessitar de afeto e cuidados	58 (39,2)
Ter idade avançada e apresentar enfermidades	38 (25,7)
Ter experiência, sabedoria e capacidade de doação	27 (18,2)
Ter experiência, idade avançada e apresentar enfermidades	15 (10,1)
Sem informação	10 (6,8)

“É uma pessoa que está com sua idade 60 e não tem mais gosto de viver, sempre reclamando. Fica numa cadeira de balanço”.

“É uma pessoa que já está ficando na mesma idade de criança, a partir de 60 anos, que não tem mais controle sobre as coisas”.

“Ser idoso é quando você chega na idade avançada e não tem carinho da família e quando os próprios filhos não têm paciência de dar os medicamentos na hora certa; é quando eles não podem mais fazer o que fizeram antes por causa das doenças”.

Segundo Sayeg¹⁰ (1997), existe forte tendência em associar o idoso às noções de dependência social e, principalmente, à dependência física. Nesse sentido, apenas 18% das ACS referiram opinião de valor positivo:

“Uma pessoa com experiência de vida a transmitir e socialmente apta”.

“É uma pessoa que já passou pelas fases de criança, adolescente, adulto e agora é uma pessoa madura que encara as realidades da vida e nos passa segurança”.

O aspecto cronológico foi abordado pela maioria das ACS. Como agente institucional, sua concepção é fortemente marcada pelo aparato jurídico-político do Estado, em que a idade cronológica é um princípio cultural de extrema relevância. Para Minayo & Coimbra Jr⁷ (2002), o curso da vida passa, cada vez mais, a ser regulado pelo Estado, a despeito dos problemas e potencialidades de cada um. A infância, a adolescência e a juventude são tempo de escolarização; a idade adulta é o tempo associado à procriação e à participação no mercado de trabalho; a velhice, o tempo da aposentadoria.

Definir a pessoa idosa do ponto de vista cronológico não atende a uma uniformidade de critérios, nem

tampouco atende às peculiaridades individuais do processo de envelhecer.

Segundo a ONU, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e os organismos oficiais do Estado Brasileiro, considera-se idoso aquele com idade equivalente ou superior a 60 anos.⁹

Do ponto de vista conceitual, o envelhecimento bem sucedido é a ausência de enfermidades e manutenção das condições de autonomia e funcionalidade. Nessa ótica, a determinação cronológica deve ser associada ao contexto bio-psico-social e cultural.⁵

Relaciona-se ao idoso a ocorrência de problemas de saúde, em geral múltiplos e coexistentes, maior probabilidade de apresentar limitações físicas com o passar dos anos, comprometendo a sua autonomia e funcionalidade. Ao contrário, idoso é aquele que acumulou anos de vida ganhando preservando a autonomia de suas funções.⁵

Na abordagem sobre a saúde do idoso (Tabela 2), 66% referiram a saúde de forma integral, sob a ótica bio-psico-social:

“É cuidar não só da assistência física, mas também da mental para que ela possa voltar a sentir-se útil na sociedade e dentro de sua própria casa”.

A concepção teórica do modelo de atenção à saúde centrada na família, a partir de seu ambiente físico e social, enfatizado no PSF, pode ter influenciado a representação das falas das agentes, no que diz respeito ao que seja saúde do idoso sob a ótica da integralidade.

Em relação às queixas dos idosos durante as visitas domiciliares, os problemas de saúde aparecem em primeira ordem.

“De problema de pressão e hipertensão, de problema de coluna, de reumatismo”.

Tabela 2 - Representação da saúde do idoso pelo agente comunitário de saúde. Camaragibe, PE, 2002.

Categoria	N (%)
Ter saúde física, mental e social	97 (65,5)
Não ter enfermidades	28 (18,9)
Ter acesso aos serviços de saúde e ajuda da comunidade	17 (11,5)
Sem informação	6 (4,1)

Tabela 3 - Percepção dos agentes comunitários de saúde dos cuidados para com o idoso. Camaragibe, PE, 2002.

Categoria	N (%)
Ter habilidade para lidar com os problemas de saúde, atenção e respeito ao idoso	67 (45,3)
Ter habilidade para lidar com os problemas de saúde	33 (22,3)
Atenção e respeito aos idosos	27 (18,2)
Sem informação	21 (14,2)

“Dores na coluna, dores nas pernas, dores nas juntas, sente a ausência dos familiares, conversa sempre só porque não tem com quem, sente também moleza no corpo, não sente sono, dorme pouco, não sente apetite para comer”.

As queixas ainda revelam falta de atenção, solidão e isolamento do contexto familiar.

“Solidão, falta de atenção dos familiares e sociedade, situação financeira difícil”.

De acordo com o relato das agentes, a maioria dos idosos da área habita em núcleos familiares intergeracionais e, apesar do grande número de pessoas vivendo juntas, a responsabilidade de cuidados para com os idosos não é dividida entre os membros da família.

A progressiva inserção da mulher no mercado de trabalho retirou do seio familiar quem, até então, na maioria das vezes, era responsável pela realização dos cuidados referentes às crianças e aos idosos.* Esse fato, associado ao expressivo aumento no número de separações e de migrações dos mais jovens, em busca de melhores condições de vida, vêm alterando o perfil de poder e tomada de decisões dentro das famílias que passam atualmente por uma construção de modelos alternativos.⁴ Esse novo modo de conviver pode causar certa fragilização das relações afetivas, sentida e relatada pelos idosos no momento da visita domiciliar, ao referirem a “necessidade de atenção” como queixa freqüente.

Questionadas quanto aos cuidados que deveriam ter na atenção à saúde dos idosos, a maioria (68%) fez referência aos problemas de saúde (Tabela 3), de forma isolada ou agregada. A concentração de posicionamentos relacionados ao adoecimento respalda-se pelo fato de 26,4% das queixas demandadas durante a visita

domiciliar se referiram aos problemas de saúde.

“Observar se está tomando alguma medicação ou se tem pressão alta e faz alguma dieta, se é diabético, quais as suas queixas”.

Percebe-se, ainda, a valorização do cuidar com atenção e respeito na praxe cotidiana de 46% das ACS.

“Escutar, entender, aconselhar, deixar que eles vejam em mim uma amiga, alguém que eles possam confiar e contar e o meu carinho e a minha atenção fazem com que eles se sintam mais jovens, mais humanos, sabendo que um mais jovem ainda escuta um mais velho”.

“Os cuidados são o modo de falar (expressar) com eles, pois eles têm um modo de pensar diferente, ou seja, têm suas culturas, tabus e foram criados com muita rigidez”.

A maior parte dos problemas identificados pelo agente na sua praxe diz respeito à governabilidade municipal e estão listados na Tabela 4. A efetivação municipal de política de atenção ao idoso pode contribuir para tornar factível a resolução de tais problemas.

Os depoimentos a seguir são ilustrativos das dificuldades identificadas pelas ACS no desenvolvimento de sua prática com o idoso.

“Como não tive treinamento especial às vezes não sei se digo as coisas certas ou se faço o que é certo”.

“Mais tempo e treinamento par lidar com eles”.

“Queixas de atendimento e demora na marcação de exames e consultas, ter um espaço para ficar mais

Tabela 4 - Dificuldades identificadas no desenvolvimento de sua prática com o idoso pelos agentes comunitários de saúde. Camaragibe, PE, 2002.

Categoria	N (%)
Falta de recursos e organização dos serviços (medicamentos, material didático, espaço físico, área de lazer), falta treinamento na área, número de domicílios a serem visitados incompatível com as especificidades de cuidados para com o grupo idoso	59 (39,8)
Difícil acesso aos domicílios, conflito de gerações, dificuldade de deslocamento do idoso aos serviços de saúde, relacionamento com a família do idoso	43 (29,1)
Relacionadas à organização dos serviços de saúde (agendamento, transporte, referência, atendimento médico e de enfermagem)	14 (9,5)
Não tem dificuldades	7 (4,7)
Sem informação	25 (16,9)

*Arruda R. Redefinição da família vai provocar polêmica. *O Estado S Paulo* 1994 set. 4, caderno: 6.

Tabela 5 - Demanda de conhecimento solicitada pelo agente comunitário de saúde. Camaragibe, PE, 2002.

Categoria	N (%)
Toda informação necessária para cuidar do idoso	94 (63,5)
Informações sobre enfermidades mais prevalentes na velhice, noções sobre alimentação, atividade física e direitos dos idosos	29 (19,6)
Aspectos psicológicos	14 (9,5)
Não informou	11 (7,4)

próxima a eles".

"A falta de medicamento, às vezes o atendimento do profissional de saúde são algumas das queixas dos idosos".

Em relação à demanda de conhecimento referida pela ACS na atenção ao idoso, 63,5% gostariam de obter toda informação necessária para cuidar da referida clientela (Tabela 5).

"Gostaria de aprender tudo que houver de interessante, esclarecedor, informativo, para melhorar a qualidade de vida do idoso".

CONCLUSÕES

As ACS reproduzem em suas falas as atribuições que formalmente foram determinadas para serem executadas.

O grande desafio é construir uma imagem positiva da representação social do "ser idoso", a partir do reconhecimento do que é importante e específico nessa etapa da vida para desfrutá-la. Porém, o entendimento das ACS do que seja saúde do idoso, revelado por respostas contextualizadas numa perspectiva bio-psico-social poderá ajudar nesse desafio.

As agentes estão, no seu cotidiano, numa relação com o segmento idoso marcada por queixas relacionadas ao adoecimento. Ao destacarem os entraves ao desempenho de suas funções, essas agentes referem situações que dificultam a resolutividade das queixas, ou seja, problemas que impedem a solução dos agravos referidos pelos idosos.

Os questionamentos relacionados à representação

social do idoso, às queixas dos idosos, aos cuidados dos ACS para com os idosos e aos entraves no desempenho das atividades tiveram como respostas temas relacionados ao bem estar do idoso. De fato, eles trazem as práticas preponderantes das ACS, quais sejam: marcação de exames e consultas, reforço da conduta médica e de enfermagem e controle da medicação e do tratamento.

Ao referir que gostariam de saber "tudo" sobre o idoso e sobre o envelhecimento, elas apontam para o complexo contexto a que são expostas e exigidas no cotidiano de sua atuação com o segmento idoso.

O caminho a ser construído pelas ACS para sua atuação deve se pautar pela adaptação dos idosos às perdas físicas, sociais e emocionais, fazendo-o reconhecer a si mesmo e compreender o seu estado e tempo. Além disso, estimulá-lo a descobrir mecanismos de inserção social, tornando-o mais ativo e consciente de sua importância e seu papel como cidadão atuante.

Para atuar nesta perspectiva, é necessário que o poder público invista na formação de indivíduos capazes de lidar com os múltiplos aspectos que revestem o envelhecimento humano. Deve prover condições para a apropriação do instrumental adequado e necessário para a ACS lidar com os problemas de saúde dos idosos e, assim, contribuir com demais membros da equipe para o envelhecimento saudável.

Como afirmam Uchôa & Vidal¹² (1994), "o importante é integrar todos os recursos disponíveis (individuais e coletivos) em um processo no qual haja compensação pela incapacidade, redefinição de prioridades e adaptação à situação, permitindo aos idosos continuar, mesmo quando têm graves problemas de saúde".

REFERÊNCIAS

1. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Martins Fontes; 1977.
2. Cançado FX. Noções práticas de geriatria. Belo Horizonte: Coopmed/Health; 1994.
3. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997;31:184-200.
4. Duarte IA. Cuidadores de idosos: uma questão a ser analisada. *Mundo Saúde* 1997;21:226-30.

5. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública* 1987;21:200-10.
6. Lakatos EA, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas; 2001.
7. Minayo MCS, Coimbra Jr CEA. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
8. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília (DF); 2001.
9. Pacheco JL. Práticas sociais na promoção da saúde do idoso. *Arq Ger Geront* 1997;1(2):389-98.
10. Sayeg M. Envelhecimento bem sucedido e autocuidado: algumas reflexões. *Arq Ger Geront* 1999;2(3):57-68.
11. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
12. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saúde Pública* 1994;10:497-504.
13. Veras RP. Aspectos demográficos. In: Caldas CP, organizador. A saúde do idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI; 1998. p. 49-50.