



ORIGINAL ARTICLE

PERCEPTION OF ELDERLY HEALTH PROMOTION: VIEW OF COMMUNITY HEALTH AGENTS

PERCEPÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO: OLHAR DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

PERCEPCIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL ANCIANO: LA MIRADA DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

Ana Lorena Brito Cruz¹, Alissan Karine Lima Martins²

ABSTRACT

Objective: to know the perception of the community health agents about their performances on elderly health promotion. **Methodology:** this is a descriptive-exploratory study from qualitative approach performed in the municipal district of Várzea Alegre, Ceará, Brazil with nine community health agents. Data collection happened from July to August 2009 through interview guided by semi-structured questionnaire. Data analysis happened through speeches categorization based on content similarity. The study followed the ethical norms of the Resolution 196/96, it was sent to the Ethics Committee of the Medical School of Juazeiro, receiving approval according the Protocol 98/09. **Results:** In the speeches, the health agents didn't demonstrate satisfactory understanding of the aging process. Among their attributions they identify the practice of elderly health promotion of their influence area with the difficulty in communication and incorporation of new life habits as greater limits to improve the work of these professionals with the elderly. **Final considerations:** based on the perception identified by the community health agents we noticed the need of investing in knowledge concerning the aging process and its peculiarities aiming to improve the health promotion practice of these professionals affecting the quality of life of the assisted population. **Descriptors:** health promotion; family health program; primary health care; health services for the aged; health of the elderly.

RESUMO

Objetivo: conhecer a percepção dos/as agentes comunitário/as de saúde sobre sua atuação na promoção da saúde do idoso. **Metodologia:** pesquisa descritivo-exploratória de abordagem qualitativa, realizada no município de Várzea Alegre-CE, junto a nove agentes comunitários de saúde. A coleta de dados abrangeu o período de julho a agosto de 2009 através de entrevista guiada por roteiro semiestruturado. A análise dos dados se deu pela categorização das falas segundo semelhança de conteúdos. O estudo obedeceu aos princípios éticos da Resolução 196/96, sendo enviado ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Juazeiro, recebendo parecer favorável segundo Protocolo 98/09. **Resultados:** nos discursos, as agentes de saúde não demonstraram entendimento satisfatório do processo de envelhecimento. Dentre suas atribuições, identificam práticas de promoção à saúde dos idosos de sua área de abrangência, surgindo a dificuldade de comunicação e incorporação de novos hábitos de vida como maiores limites para a realização do trabalho destes profissionais com os idosos. **Considerações finais:** a partir da percepção identificada pelos/as agentes comunitários/as de saúde, notamos a necessidade de investimento em conhecimento acerca do processo de envelhecimento e suas peculiaridades, com vistas a melhorar a prática de promoção da saúde destes profissionais repercutindo sobre a qualidade de vida da população atendida. **Descritores:** promoção da saúde; programa saúde da família; atenção primária à saúde; atenção integral à saúde do idoso; saúde do idoso.

RESUMEN

Objetivo: conocer la percepción de los (as) agentes comunitarios de salud sobre su actuación en la promoción de la salud del anciano. **Metodología:** investigación cualitativa del tipo descriptiva-exploratoria, llevada a cabo en la ciudad de Várzea Alegre-CE-Brasil, con nueve agentes comunitarios de salud. La colecta de datos ocurrió de julio a agosto de 2009 a través de entrevista con guión semiestructurado. El análisis de los datos ocurrió a través de la categorización de los discursos según la similitud de los contenidos. La investigación obedeció a los principios de la Resolución 196/96, sin embargo, fue enviada al Comité de la Facultad de Medicina de Juazeiro, recibiendo parecer favorable según Protocolo 98/09. **Resultados:** En los discursos, los agentes de salud no señalaron comprensión satisfactoria sobre el proceso de envejecimiento. Entre sus atribuciones, identificáronse las prácticas de la promoción a la salud de los ancianos de su área de cobertura, surgiendo la dificultad de comunicación e incorporación de nuevos hábitos de vida como mayores límites para la realización del trabajo de estos profesionales con los ancianos. **Consideraciones finales:** a través de la percepción identificada por los agentes comunitarios de salud, percibimos la necesidad de investimento en conocimiento sobre el proceso de envejecer y sus peculiaridades con pretensión de mejorar la práctica de la promoción de la salud de estos profesionales repercutiendo sobre la cualidad de vida de la población atendida. **Descriptores:** promoción de la salud; programa de salud familiar; atención primaria de salud; servicios de salud para ancianos; salud de anciano.

¹Enfermeira da Atenção Básica do Município de Várzea Alegre-CE. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Várzea Alegre, Ceará, Brasil. E-mail: anabr11@hotmail.com; ²Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre em Enfermagem pela UFC. Membro do Grupo de Pesquisa de Políticas e Práticas em Saúde (GRUPPS). Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: alissank@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo progressivo, dinâmico e irreversível que se acelera na maturidade, sendo caracterizado pela diminuição da reserva funcional dos diversos órgãos e sistemas do organismo.¹ Além das alterações biológicas, é um período de intensas alterações psicológicas e sociais, requerendo, para o alcance do seu bem-estar, suporte dos familiares, cuidadores e profissionais das mais diversas áreas envolvidas com a saúde e além dessa.

É fato que, o mundo atravessa atualmente mudanças no perfil populacional, caracterizadas pelo significativo aumento de pessoas acima de 60 anos. Concorreram para tal acontecimento medidas de controle adotadas que permitiram diminuição das taxas de fecundidade e da mortalidade infantil. Paralelamente, observa-se a transição epidemiológica, expressa pelo aumento crescente das doenças crônico-degenerativas nesta faixa etária em detrimento da redução das doenças infectocontagiosas.²

Estimativas apontam que, em 2050, existirão cerca de 2 bilhões de pessoas idosas, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil, estima-se que essa população representa, atualmente, cerca de 17,6 milhões.³

Este aumento da longevidade e expectativa de vida traz implicações sociais em virtude de novas demandas por serviços de atenção que promovam a saúde e atendam às necessidades específicas desta população. O desafio que se segue é a reestruturação do modelo assistencial para contemplar o segmento idoso de forma integral, de modo que ele consiga viver com a máxima qualidade possível.⁴

Um modelo com base na Promoção da Saúde é capaz de responder tal proposta, visto que Promoção da Saúde pode ser entendida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde.⁵ Em relação à saúde do idoso, os benefícios advindos a partir deste enfoque surgirão em consequência ao desenvolvimento de ações que, no caso desta população, deverão ser dirigidas para a recuperação e/ou manutenção da sua capacidade funcional a fim de que permaneça junto à família e comunidade com autonomia e independência.

Outra estratégia, visando o envelhecimento ativo, consiste em orientações que estimulem a adoção de hábitos saudáveis de vida e eliminação de comportamentos nocivos à saúde. Neste sentido, o local privilegiado para

a prática das ações voltadas à Promoção da Saúde seria a Atenção Básica, precisamente no Programa Saúde da Família (PSF).

O Programa de Saúde da Família (PSF) surge em 1994, após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo considerado a porta de entrada do sistema de saúde. O programa, hoje considerado estratégia, tem como objetivo a reorientação do paradigma vigente, modificando práticas de medicalização da saúde através da proposta de prestação da assistência integral e multiprofissional.⁶ Esta estrutura de cuidados volta-se para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

Neste espaço, os agentes comunitários de saúde são figuras que representam o elo entre a equipe e os usuários, visto que residem na comunidade onde desempenham a prática de trabalho, e conhecem de perto os problemas e necessidades de saúde da população. Desse modo, esta categoria constitui um segmento efetivo no trabalho da equipe, não só por funcionar como suporte para determinadas ações em saúde, mas, também, como peça essencial na organização da assistência.³

Mediante visitas aos domicílios, realizam cadastramento das famílias, acompanhamento do pré-natal e desenvolvimento infantil, orientação quanto às doenças endêmicas, saúde bucal, planejamento familiar, nutrição, preservação do meio ambiente e promoção da saúde do idoso.

Entendendo o papel desempenhado por estes profissionais, o estudo teve o propósito de questionar: qual o significado do envelhecimento para eles? Qual seu entendimento em relação às suas atribuições frente ao cuidado da pessoa idosa? Quais as dificuldades encontradas na sua prática de trabalho com esta população? O trabalho tem atingido a perspectiva da promoção da saúde? Desse modo, objetivou-se conhecer a percepção dos/as agentes comunitários/as de saúde sobre sua atuação na promoção da saúde do idoso.

A compreensão de tais aspectos permitirá conhecimento do modo como as ações de promoção da saúde dirigidas à população idosa estão sendo desenvolvidas por parte destes agentes do cuidado, direcionando para melhoria destas atividades que contribuam para o aumento da longevidade e qualidade de vida desta clientela.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratório realizado em umas das 12 unidades de básicas

de saúde do PSF no município de Várzea Alegre-CE, junto a nove agentes comunitários de saúde. A coleta de dados abrangeu o período de julho a agosto de 2009 através de roteiro de entrevista contendo as seguintes perguntas: como você define envelhecimento? Quais os fatores que para você influenciam a saúde/ bem-estar do idoso? O que é um idoso saudável? Quais as queixas mais comuns referidas pelos idosos durante as visitas domiciliares? Na sua opinião, de que forma você pode estar contribuindo para promover a saúde da pessoa idosa? Para você há dificuldades na prática de trabalho com esta população? As entrevistas foram realizadas no serviço e tiveram duração média de 30 minutos, sendo utilizado gravador para registro das falas.

A análise dos dados se deu por meio da categorização das falas segundo semelhança de conteúdo, onde os discursos foram submetidos ao processo de transcrição, leitura e posterior agrupamento em categorias segundo as idéias semelhantes emergidas. A identificação das falas foram por meio da sigla ACS, seguida pelos números um a nove, de acordo com ordem de abordagem.

A pesquisa respeitou os princípios éticos de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre os critérios para estudos envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte, sendo aprovado segundo parecer 98/ 09, favorável ao estudo. Antes da aplicação da entrevista, as participantes tiveram de ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo os objetivos e informações acerca do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados pela pesquisa foram organizados em cinco categorias: representação do envelhecimento, percepção do idoso saudável, identificação das queixas dos idosos, promoção da saúde do idoso - atribuições das agentes de saúde, dificuldades na prática de trabalho com idosos.

• Representação do envelhecimento

Investigando os discursos dos agentes comunitários de saúde acerca do entendimento sobre o envelhecimento, percebe-se que não há uma definição clara sobre este fenômeno. Algumas falas relacionam o envelhecimento ao aspecto psicológico e cognitivo ao perceber que o

idoso pode repassar algum aprendizado, informação, conhecimento, habilidades, adquiridos ao longo da vida, ou seja, que possuem sabedoria, como evidenciam as falas de ACS1 e AC3.

Mais experiência de vida (ACS 1).

Experiência de vida, em alguns muito sofrimento (ACS 3).

Reconhece-se o momento de um novo paradigma, transpondo a tendência atual - que julga a velhice como um fardo social - para uma concepção que considere o idoso como um participante ativo de uma sociedade com integração social, contribuinte ativo e beneficiário de seu desenvolvimento.⁷

Além do enfoque psicológico, as ACS's 2, 7 e 9 enxergam o envelhecimento de modo ampliado, incluindo as transformações físicas e sociais no processo. Nesta ótica, as mudanças no corpo do idoso são acompanhadas de medo e sofrimento.

Eu acho que seja o amadurecimento em idade, mas também de conhecimentos, dificuldades, perdas, vitórias, adquirindo assim sabedoria, mas infelizmente algumas dificuldades físicas e sociais (ACS 9).

É um processo natural ocorrido pelo passar do tempo que pode nos trazer experiências, maturidade, mas que para muitas pessoas pode é trazer medo, por causa das alterações ocorridas no físico, no corpo e também na mente (ACS 2).

O envelhecimento eu acho que é um processo normal, de adquirir conhecimento, aprendizagem. Porque se você não morre novo, você passa por este processo e vai envelhecer, por isso que eu acho um processo normal. A velhice é normal. É triste daquele que não passa por este processo. Nas alterações que ocorre ele sofre em tudo, tanto no físico como na mente, porque há um desgaste tanto no físico como na mente da pessoa (ACS 7).

Tais transformações requerem formas de adaptação do indivíduo e trazem consigo novas necessidades de saúde que muitas vezes o idoso não está preparado e orientado para enfrentar, devendo ser atendidas por parte do serviço de saúde que se encontra mais próximo deles. Tal proposta ocupa espaço na Atenção Primária, através do cuidado integral por parte de seus profissionais, aqui salientando o trabalho dos ACS.

A integralidade implica que os serviços de Atenção Primária sejam capazes de atender todas as necessidades de saúde da população, incluindo o encaminhamento para os demais pontos de atenção em saúde (cuidados secundários e terciários), por meio de uma abordagem multiprofissional.⁸ Esta abordagem é importante na medida em que os diversos

conhecimentos e competências integrados poderão intervir e interpretar melhor os problemas trazidos pelos idosos aos serviços de saúde.

• Percepção de idoso saudável

No Brasil, a Política Nacional do Idoso, unida a demais estudos na área, pontuam que o envelhecimento saudável é alcançado mediante adoção de hábitos saudáveis de vida e eliminação de comportamentos nocivos à saúde. Entre os hábitos saudáveis, destacam-se alimentação equilibrada, prática de exercícios físicos, convivência familiar e social estimulante, atividade ocupacional prazerosa; em relação aos nocivos ressaltam-se o tabagismo, o alcoolismo e a automedicação.⁹

Nesse mesmo sentido, os relatos das participantes ACS 1, ACS 3 e ACS 4 percebem os vários componentes que influenciam na saúde e bem-estar dos idosos por elas acompanhadas.

É aquele que tem a compreensão da família, uma boa moradia e uma boa alimentação [...] e que faz exercícios físicos (ACS1).

Que tenha uma alimentação saudável, faça exercícios físicos e não se queixem de dor no corpo (ACS 3).

*Um idoso que tem uma alimentação correta, que faz exercícios físicos que tem uma boa moradia, aquele que **depende de si próprio** que tem seu saláriozinho para comprar as coisas do mês (ACS 4).*

Observa-se, na fala da ACS 4, a percepção da independência financeira como fundamental para manutenção da saúde na terceira idade, sendo que as principais fontes de renda, nesta faixa etária, são as pensões e/ou aposentadorias, que representam os principais subsídios para o idoso satisfazer suas necessidades básicas. Um estudo realizado em um município do Rio Grande do Sul (RS), com 51 idosos, mostra que 68,8% destes dependem exclusivamente de sua renda para sobreviver.¹⁰ Com isso, faz-se importante a consideração deste aspecto e o cuidado para o gerenciamento adequado dos recursos, a fim de atender as necessidades e que repercutam em qualidade de vida para esta população.

Chama atenção outro aspecto necessário no julgamento das ACS para a construção de um envelhecimento saudável: a incorporação da saúde mental refletida pela autoestima e autonomia. Os depoimentos a seguir ilustram tal fato:

*O idoso que tem saúde, na hora que você põe a vista nele você vê que ele tem uma **autoestima**, ele tem vontade de viver, ele conversa com você com **alegria**, com*

prazer. E aquele que não tem saúde, ele é uma pessoa triste, deprimida, logo que você vê, nota que ele não está de bem com vida (ACS 7).

*É aquele idoso que você vê toda **energia** sobre ele (ACS 8).*

*É idoso que é **lúcido**, toma as próprias decisões e seguem as orientações que tentamos passar (ACS 9).*

Sabe-se que o desequilíbrio entre corpo e mente traz um forte impacto sobre a qualidade de vida daqueles que a vivenciam, sendo a causa de muitas doenças que antes eram consideradas de cunho orgânico. Os idosos são mais vulneráveis a tais desequilíbrios devido às perdas e às mudanças advindas do processo de envelhecimento. Dentre eles, a depressão é o distúrbio da área afetiva ou de humor mais comum.

Vários estudos têm demonstrado um aumento de casos de depressão em indivíduos com mais de 60 anos, sendo que entre aqueles com 65 anos ou mais, a prevalência fica entre 17 a 30%.¹¹ Neste sentido, a atuação de toda a equipe de saúde é fundamental para a prevenção deste agravo, repercutindo no bem-estar dessa clientela.

• Identificação das queixas dos idosos

As alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento trazem repercussões no mecanismo de resposta orgânica do idoso, diminuindo sua capacidade de reserva e defesa, tornando-o mais vulnerável a estímulos ambientais (traumáticos, infecciosos ou psicológicos) e propenso a ser acometido por doenças. Condizendo com esta situação, os depoimentos das ACS nos revelam as queixas mais comuns referidas pelos idosos durante as visitas domiciliares e que refletem a mudança no estado funcional dos diversos órgãos e sistemas.

Perda de audição, tontura, tremores nas mãos e dificuldade para andar (ACS1).

*Esquecimento, dor muscular, cansaço e, principalmente, **falta de sono** (ACS 3).*

*Falta de sono, eles têm dor muscular, eles dizem - esta noite eu não dormi. Se a pressão deles subir é porque esqueceram de tomar a medicação, se queixam de **dor de cabeça, dor nos ossos** (ACS 4).*

*Sobre suas limitações, as **dificuldades de locomoção**, como moram no sítio as viagens para a cidade e para os postos de saúde ficam cada vez mais raras (ACS 9).*

Evidências apontam que, o conceito de “doença única” não se aplica às pessoas idosas, pois essas costumam apresentar a somatória de sinais e sintomas, resultado de várias doenças concomitantes, onde a

insuficiência de um sistema leva à debilidade de outro, o que costuma ser denominado de efeito cascata.³

Outro aspecto destacado diz respeito à relação/ convivência do idoso com seus familiares, convivência esta marcada por situações desconfortáveis entre seus membros devido às limitações financeiras.

*Tem uma pessoa na minha área que se queixa muito a respeito do **aposento** dela, que tem que dividir com filha que mora vizinho, que ela compra as coisas e as netas vêm e passa a mão (ACS 6).*

É rotineiro o conflito de interesses econômicos, principalmente nas famílias de renda baixa, nas quais o idoso é forçado a dividir seu reduzido benefício com seus familiares. Podemos considerar este fato um problema, já que a família deve ser a primeira rede de apoio e amparo ao idoso, sendo importante que o relacionamento entre pais, filhos e netos seja harmonioso e funcione de modo que cada membro busque suprir suas necessidades de maneira equilibrada, respeitando os valores, crenças e papéis de cada um.

• Promoção da saúde do idoso - atribuições das agentes de saúde

As atribuições das agentes comunitárias de saúde (ACS), quando do seu surgimento em 1987, tinham como objetivo contribuir para a queda da mortalidade infantil e a realização de ações na área de saúde da mulher e da criança. Com o surgimento do PSF e PACS, o papel destes profissionais foi ampliado, saindo do foco materno-infantil para a família e a comunidade.¹² Eles passaram a ser considerados trabalhadores que integram a equipe de saúde local, prestando cuidados primários às famílias de sua comunidade, identificando e auxiliando as pessoas na resolução de seus problemas de saúde.

Documentos governamentais especificam, dentre as atribuições básicas dos agentes comunitários de saúde, a realização de cadastramento das famílias; visitas domiciliares, elevando sua frequência nos domicílios que apresentem menores de cinco anos, gestantes, puérperas, portadores de patologias crônicas, pessoas em tratamento de hanseníase ou tuberculose, portadores de deficiência física/mental; que auxiliem no encaminhamento de mulheres em idade fértil para realização do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino; implementem de ações educativas e atividades de prevenção e promoção da saúde do idoso; além do estimular a participação comunitária para

ações que visem à conquista de melhoria na qualidade de vida.¹³

Assim, o trabalho dos agentes caracteriza-se pela implementação de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças direcionadas para os indivíduos e suas famílias, os grupos vulneráveis e o ambiente físico e social que estes estão inseridos em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão dos profissionais da equipe de saúde local.

No que compete ao ACS em relação a sua atuação na atenção à pessoa idosa, as informações obtidas pela entrevista permitiram a formação de duas subcategorias: identificar sinais e situações de risco individual ou coletivo e orientar as famílias e comunidade.

• Identificar sinais e situações de risco individual ou coletivo

Situações de risco são aquelas em que uma pessoa ou um grupo de pessoas corre perigo, isto é, possui maiores chances de adoecer ou morrer.¹⁴ No trabalho dos ACS estão incluídos, como exemplos de tais casos, os recém-nascidos com menos de dois quilos e meio e que não estão amamentando, crianças desnutridas ou com doenças graves, famílias isoladas por barreiras geográficas/culturais e outras pessoas com problemas de saúde ou com risco de desenvolvê-los.

Na população idosa, podemos considerar, na prática de trabalho, as situações de risco que exigem um acompanhamento mais atencioso do ACS. São estes os portadores de determinadas patologias crônicas ou os que possuem fatores de risco para desenvolvê-las, como os portadores de hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, os idosos que vivem sozinhos, os que possuem dificuldade de locomoção por motivo de doença ou por ser muito idoso (acima de 90 anos). Essa problemática foi destacada nas falas dos ACS's 1 e 3.

Os idosos doentes eu incentivo a eles a ficarem fazendo alguma coisa dentro de casa para eles não ficarem parado de tudo, a não ser aqueles acamados mesmo que não consegue se locomover de jeito nenhum (ACS 1).

Eu digo que se eles esquecer de tomar os remédios vão ter problema, a pressão vai subir, eles vão sentir dor de cabeça, falta de sono (ACS 3).

As estratégias para os grupos de patologias e fatores de risco, no âmbito da promoção da saúde, se concentram nas estratégias de intervenção como grupos de atividade física, oficinas de alimentação, ações educativas nas escolas. Com isso, trabalham-se as

potencialidades dos sujeitos para atuar sobre suas condições de vida, investindo sobre a corresponsabilização.

• Orientar as famílias e comunidade

A visita domiciliar é umas das atividades mais importantes do agente comunitário de saúde, onde surge a oportunidade para o trabalho educativo, orientando as pessoas como evitar as doenças e cuidar melhor da saúde.

Eu acredito que de uma certa forma eu estou orientando, esclarecendo, mostrando meu lado amigo para eles, além de profissional. A gente fala sobre prevenção de doenças, sobre os cuidados que eles devem ter, oriento para eles sempre vir ao posto. De uma certa forma eu sinto que cada vez que eu vou lá e saio com uma sensação de missão cumprida, pelo menos um pouquinho do que eu falei, eu sei que vai ser aplicado, a informação que eu transmi para eles (ACS 2).

O agente comunitário de saúde consegue entender o ponto de vista, os sentimentos e os comportamentos das pessoas com as quais interagem, estabelecendo uma relação de confiança e credibilidade necessárias e capazes de desencadear mudanças positivas no comportamento em relação à saúde.¹²

Percebe-se, pelas falas, a necessidade de que o ACS estabeleça um clima agradável no momento de coletar as informações, tentando envolver os outros membros da família na conversa. É uma forma deles se sentirem responsáveis pela manutenção ou melhora do estado de saúde do idoso, fazendo-o se sentir acolhido e querido dentro de seu lar, e não como um peso que a família deve carregar.

Eu gosto muito de conversar com eles, de dizer o que é bom naquele momento, de como eles fazem em relação à alimentação, incentivo a caminhada e, de acordo com o que eles escutam e aceitam, eu peço ajuda para um filho, uma nora ou para um neto, quem está mais próximo deles, que dê apoio que ajude a eles naquelas atividades (ACS 7).

Orientando quanto à necessidade de fazer exercícios físicos, boa alimentação, de acordo com as condições de cada um, e incentivo a convivência com outras pessoas (ACS 9).

Perante a evidência, durante a visita, de algum problema de saúde que necessita de uma intervenção mais especializada e direcionada que foge da competência do ACS, são dados os encaminhamentos para a UBS.

Eu oriento a procurar a Unidade porque é muito importante, e hoje está muito fácil, tem médico, enfermeira, auxiliar, porque antes se quisesse um médico tinha que ir a

Várzea Alegre, e hoje está bem próximo de casa (ACS 7).

Encaminhar é uma ação onde deve haver o cuidado visto, que é o momento em que o ACS faz a ligação entre a comunidade e a unidade de saúde e precisa ter um vínculo fortalecido com a equipe, a fim de que as pessoas encaminhadas possam ser atendidas com atenção e eficiência.

• Dificuldades da prática de trabalho com os idosos

Grande parte das dificuldades referidas pelas ACS na sua atuação com o segmento idoso diz respeito ao alcance de uma comunicação efetiva. Este acontecimento é esperado, já que no processo de envelhecimento há a diminuição das capacidades sensório-perceptivas, que afeta a capacidade do idoso de receber e tratar a informação proveniente do meio ambiente.

A dificuldade é a de se comunicar com eles, eles têm dificuldade em entender aquilo que a gente diz, a gente fala, fala e no mesmo instante se a gente for perguntar eles não lembram mais, esquece rápido (ACS 1).

Entender as coisas, temos que explicar várias vezes para que eles consigam entender. Aí quando eles não estão entendendo eu procuro uma maneira de falar a linguagem deles (ACS 3).

O perfil desejado para o agente comunitário de saúde é aquela pessoa que se destaca na comunidade pela capacidade de comunicar-se, além da liderança natural que exerce, funcionando como elo cultural entre a equipe e a comunidade.⁸ Desse modo, ele deve considerar alguns detalhes para aprimorar esta comunicação: usar frases curtas e objetivas; repetir a informação quando ela for erroneamente interpretada, utilizando outras palavras; falar de frente; não interromper a pessoa idosa no meio de sua fala, fazer uma pergunta de cada vez.

Outro entrave identificado pelos depoimentos foi em relação à mudança de mitos e costumes, que em certos casos pode dificultar a introdução de uma conduta terapêutica eficaz e comprometer a saúde:

Têm idosos ainda que quando estão doentes preferem usar ervas medicinais ao invés de usar o remédio da farmácia. O problema, o empecilho que eu acho é justamente este, de convencer a procurar o médico (ACS 2).

A dificuldade é de tentar mudar certos costumes que eles têm. Um exemplo, eles diz no almoço se tiver o ovo, aí não pode ter banana porque faz mal (ACS 5).

A incorporação de novos hábitos no envelhecimento está relacionada ao ambiente

em que o idoso vive e viveu e a estrutura da personalidade e suas características, acentuadas ao longo da vida. Conhecendo isto, os profissionais de saúde não devem ignorar tão condição e buscar argumentar, mostrando os pontos positivos e negativos das condutas adotadas por eles.¹⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo, podemos observar que, em geral, os agentes comunitários de saúde não demonstram entendimento do envelhecimento como um processo singular, fortemente alicerçado no componente genético e modulado pelo ambiente, apesar de terem associado com as transformações biopsicossociais que acompanham este período.

O intuito das ações de promoção da saúde visa proporcionar autonomia aos indivíduos para se tornem aptos na escolha de comportamentos, atitudes e relacionamentos interpessoais que produzam saúde. Dentro do que compete ao agente de saúde, no seu trabalho com os idosos, evidenciamos que estas ações estão sendo desenvolvidas, através das informações, orientações, no entanto a abordagem utilizada, predominantemente individual, oferece restrições, uma vez sendo coletiva teria benefícios adicionais como socialização, lazer e troca de experiências.

Em relação aos entraves na atenção dispensada pelos ACS à referida clientela, a comunicação eficaz apareceu em primeira ordem, devido limitações de ambos, dificuldade esta que deve ser trabalhada por estes profissionais para não prejudicar as estratégias de promoção da saúde.

Desse modo, identificamos a necessidade de que os agentes de saúde aprimorem seus conhecimentos acerca do processo de envelhecimento e suas peculiaridades, de maneira a desenvolver com maior eficácia, dentro de suas atribuições, a atenção dispensada aos idosos com vistas a melhorar, tanto sua prática como a quantidade e qualidade dos anos que restam a este segmento populacional, ficando com os gestores locais e profissionais da atenção básica a responsabilidade de buscar instrumentos que viabilizem tal tarefa.

REFERÊNCIAS

1. Nahas MV. Envelhecer com vigor! In: Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3ª ed. Londrina: Midiograf; 2003. p.143-53.
2. D'Alencar BP, Mendes MMR, Jorge MSB, Guimarães JMX. Biodança como processo de renovação existencial do idoso. Rev bras enferm [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2008 Dez 22];61(5):608-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000500013&lng=pt&nrm=iso. ISSN0034-7167. doi:10.1590/S00371672008000500013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. 1ª ed. n.19. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 192 p.
4. Bezerra AFB, Santo ACGE, Filho MB. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. Rev saúde pública [periódico na internet]. 2005 [acesso em 2009 Jan 03];39(5):809-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102005000500017&lng=pt&nrm=iso.
5. Brasil. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre os cuidados primários de saúde 6 -12 de setembro de 1978; Alma - Ata; USSR. In: Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santa - Fé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
6. Fonsenca RP, Trentini CM, Valli F, Silva RAN. Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença. Ciênc. saúde coletiva [periódico em internet]. 2008 [acesso em 2008 Dez 29];13(4):1275-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400024&lng=pt&nrm=iso.
7. Souza LM, Lautert L. Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção da saúde de idosos. Rev. Esc. Enferm. USP [periódico em internet]. 2008 [acesso em 2008 Dez 29];42(2):363-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200022&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0080-6234. doi: 10.1590/S0080-62342008000200022.
8. Duncan BB. A Estratégia Saúde da Família. In: Andrade LOM, Barreto ICHC, Fonseca CD, Harzhein E. Medicina ambulatorial: condutas

de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.88-100.

9. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF;1994;132(3):77-79.

10. Celich KLS, Silva RB, Souza SMS. Perfil socioeconômico e de saúde dos idosos participantes de um grupo de convivência. Rev enferm UFPE on line [periódico na internet]. 2009 Out/Dez[acesso em 2010 Jan 15];3(4):133-40. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/102/102>.

11. Ohara ECC, Saito RXS. Saúde do Idoso. In: Ohara ECC, Ribeiro MP. Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari; 2008. p.323-86.

12. CEARÁ. Curso Técnico do Agente Comunitário de Saúde: etapa formativa I. Coletâneas de texto2. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, Escola de Formação em Saúde da Família de Sobral; 2005.

13. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Programa de Agentes Comunitários de saúde. O trabalho do agente comunitário de saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da saúde; 2005. 121 p.

14. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Revista Brasileira Saúde da Família. Ano 9 (jan/mar 2008). Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

15. Cruz ALB. A influência da atividade física sobre a qualidade de vida na terceira idade [monografia de graduação em enfermagem]. Crato: Universidade Regional do Cariri, Departamento de Enfermagem; 2006.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2010/03/17

Last received: 2010/03/21

Accepted: 2010/06/22

Publishing: 2010/07/01

Address for correspondence

Ana Lorena Brito Cruz
Rua Lurdinha Esmeraldo, 30, Bairro Zacarias
Gonçalves
CEP: 63110-080 – Crato, Ceará, Brasil