UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

GESSYKA GOMES MARCANDAL

**Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde sob a perspectiva
da fonoaudiologia: potencial latente para operacionalização da
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**

BAURU
2013

GESSYKA GOMES MARCANDAL

Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde sob a perspectiva da fonoaudiologia: potencial latente para operacionalização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Dissertação apresentada a Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas, na área de concentração Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Magali de Lourdes Caldana.
Versão corrigida

BAURU

2013

M33c Marcandal, Gessyka Gomes
Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde
sob a perspectiva da fonoaudiologia: potencial
latente para operacionalização da Política Nacional
de Saúde da Pessoa Idosa/ Gessyka Gomes
Marcandal. – Bauru, 2013.
73 p. : il. ; 31cm

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de
Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientadora: Profa. Dra. Magali de Lourdes
Caldana

Nota: A versão original desta dissertação encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº: 35963
Data: 30/05/2012

(Cole a cópia de sua folha de aprovação aqui)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu amado noivo Sérgio, pela constante presença, amor, total apoio e dedicação.

A minha família que está longe fisicamente, mas presente em meu coração todos os dias de minha vida.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, sempre presente e iluminando meu caminho.

Aos meus Pais **Antônio** e **Glória** e meu padrasto **Geraldo** por me darem a vida e me educaram com tanto amor e carinho.

À **Profa. Dra. Magali L. Caldana**, pela orientação deste trabalho, carinho e amizade desde a graduação.

À **Drª Edinalva Neves Nascimento** e **Drª Maria Ap. M. Machado** pelas preciosas contribuições na qualificação desta dissertação.

Às companheiras de trabalho, **Ariadnes**, **Ana Paola** e **Jacqueline**, que estão comigo todos os dias e que tenho o privilégio de compartilhar experiências não apenas profissionais, mas experiências de vida!

Ao meu grande amigo **Paulo Perin** por acreditar em mim quando nem eu mesma acreditava.

A minha irmã **Clay** e meu cunhado **Emerson** que não mediram esforços para que eu voltasse a morar em Bauru.

Às amigas **Camila Cortez**, **Carla Soleman**, **Rafaela Di Giulio**, **Cibele Carmello**, **Fernanda Perin**, **Paula Chikami**, **Isabela Silva**, **Eliane Fernandes** e **Lara Genovez**. O meu eterno agradecimento. Vocês me ajudaram a traçar meus objetivos e incentivaram a não desistir. Vocês são a família que eu escolhi aqui nesta vida.

A minha irmã **Shaeny** que está dando seus primeiros passos na vida científica e que colaborou imensamente com esta dissertação.

A amiga **Aline Arakawa** pelas constantes revisões e palavras doces de incentivo.

Ao amigo **Thiago Piza** pela ajuda na formatação deste trabalho e pela companhia maravilhosa nos dias de malhação.

Enfim, o meu muito obrigada a cada um de vocês!!!

“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”.

“Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e as suas circunstâncias”.

Paulo Freire

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um dispositivo do Ministério da Saúde de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. Ele propõe uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e a reflexão sobre o modelo de atenção à saúde segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) não apenas ao indivíduo, mas também à família de uma forma integral e contínua. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um dos profissionais que compõem a equipe de referência da ESF e constitui o vínculo entre a comunidade e o SUS e, deste modo, podem atuar como atores fundamentais nas ações de promoção da saúde e prevenção da doença do idoso de sua micro-área, bem como identificar e encaminhar estes idosos de seu território. Tendo em vista a operacionalização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa nesta população adscrita pela ESF, o presente estudo objetivou analisar o conhecimento dos ACS, da equipe de referência de um município do interior paulista, sobre a Saúde do Idoso, com enfoque no envelhecimento normal e suas possíveis alterações. Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quali-quantitativa. De acordo com a análise geral dos dados deste estudo, foi possível constatar que os entrevistados possuem uma visão positiva dos idosos, classificando - os como pessoas experientes e sábias. Constatou-se também uma grande afinidade dos ACS em atuar com esta população, favorecendo o vínculo entre eles. A capacitação permitiu o aumento imediato dos conhecimentos dos ACS ao que se trata do processo normal do envelhecimento. Desta forma, conclui-se que há necessidade de adequação das ações realizadas pelos ACS frente à saúde do idoso, fazendo-se necessária a implantação de políticas de capacitação em saúde, que visem à habilitação específica do ACS frente a essa temática a fim de operacionalizar a Política Nacional de Saúde do Idoso.

Palavras-chave: Políticas Públicas, Saúde do Idoso, Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde, Idoso.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) is a Ministry of Health's strategy model reorientation from primary care . He proposes an expanded understanding of the disease process and reflection on the model of health care based on the principles of the Unified Health System (UHS) not only the individual but also for the family of an integral and continuous kilter. The Community Health Agents (CHA) is one of the professionals who makes up the team's reference FHS and constitutes the tie between community and the UHS and thus can act as key players in the actions of health promotion and prevention of elderly's health in their micro area , as well as identify and address these seniors from their territory. In view of the National Health Policy operationalization for Older Person in this population ascribed by FHS.

The present study aimed to analyze the Community Health Agents' knowledge, the present study aimed to analyze the knowledge of ACS, the reference staff of a municipality in the state of São Paulo about Elderly's Health, focusing in normal aging and their possible changes. This is an exploratory descriptive study with qualitative and quantitative approach . According to the general analysis of the data from this study, it was established that the respondents have a positive view of the elderly by classifying them as wise and experienced people . It was also a great Agent's affinity in working with this population , favoring the bond between them. The training allowed the immediate increase in Agents' knowledge that it is the normal process of aging . Therefore, it is concluded that there is need for adequacy of actions taken by the CHA front to elderly health, making necessary the implementation of training policies in health, aimed at enabling specific CHA front of this issue in order to operationalize the National Health Policy for the Elderly.

Key words: Public Policies, Health of the Elderly, Family Health, Community Health Workers, Aged.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURAS

Figura 1 -	Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família.....	17
Figura 2 -	Sala de reunião dos ACS – Confecção dos cartazes “ o que é ser idoso para você”	47
Figura 3 -	Cartazes “O que é ser idoso para você” – Categoria: Experiência e Sabedoria.....	46
Figura 4 -	Cartazes “o que é ser idoso para você” – Categoria: Problemas co a Saúde.....	46
Figura 5 -	Cartazes “o que é ser idoso para você” – Categoria: Fragilidade, dependência, abandono e carência.....	47
Figura 6 -	Cartazes “o que é ser idoso para você” – Categoria: Fragilidade, dependência, abandono e carência com enfoque na carência econômica.....	47

- GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Envelhecimento da população brasileira, por sexo, nos anos 2000.....	20
Gráfico 2 -	Envelhecimento da população brasileira, por sexo, nos anos 2050.....	20
Gráfico 3 -	Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade no município de Bauru- SP no ano de 2000.....	21
Gráfico 4 -	Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade no município de Bauru- SP no ano de 2010.....	21
Gráfico 5 -	Conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa pelos agentes comunitários de saúde.....	41
Gráfico 6 -	Fonte de informação sobre a PNSPI pelos agentes comunitários de saúde.....	42
Gráfico 7-	Ações voltadas à promoção de saúde e prevenção de doença voltadas a população idosa na ESF Jd. São Paulo	44
Gráfico 8 -	Ações descritas pelas ACS para promoção de saúde e prevenção de doenças voltadas à população idosa na ESF Jd. São Paulo	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Estratégias de busca utilizadas no presente estudo.....	30
Tabela 2 -	Avaliação do Nível de Evidência Científica.....	31
Tabela 3 -	Referências dos estudos relevantes para a revisão sistemática.....	32
Tabela 4 -	Caracterização sexo e idade dos ACS.....	39
Tabela 5 -	Identificação dos sujeitos da pesquisa.....	40
Tabela 6 -	Comparação entre idade e tempo de atuação como ACS.....	40
Tabela 7 -	Representação do que é ser idoso pelo agente comunitário de saúde.....	40
Tabela 8 -	Representação da saúde do idoso pelo agente comunitário de saúde.....	41
Tabela 9 -	Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre os idosos de sua microárea.....	42
Tabela 10	Conhecimento do ACS sobre o processo de envelhecimento normal pré- capacitação.....	43

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
EP	Educação Permanente
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	PROPOSIÇÃO	23
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	27
3.1	Material e Métodos da Revisão Sistemática da Literatura.....	29
3.1.2	Critérios de seleção dos estudos da Revisão Sistemática da Literatura.....	29
3.1.3	Estratégia de busca utilizada da Revisão Sistemática da Literatura.....	29
3.1.4	Avaliação e Seleção dos Estudos da Revisão Sistemática da Literatura.....	31
3.1.5	Análise dos dados da Revisão Sistemática da Literatura.....	31
3.2	Material e Métodos do Estudo.....	32
3.2.1	Participantes do Estudo.....	33
3.2.2	Coleta de dados do Estudo.....	33
3.2.3	Análise dos Dados.....	33
4	RESULTADOS.....	39
5	DISCUSSÃO.....	49
6	CONCLUSÕES.....	57
	REFERÊNCIAS.....	61
	APÊNDICE.....	67
	ANEXOS.....	73

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma estratégia do Ministério da Saúde que contribui para a reorganização da atenção básica. Ele propõe uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e a reflexão sobre o modelo de atenção à saúde segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Apresenta como objetivos centrais a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades de saúde da população adscrita, destacando-se a perspectiva da família (BRASIL, 1997; 1999a).

A ESF vem expandindo a cobertura em saúde da população brasileira e consequentemente sua força de trabalho. Atualmente reúne-se na equipe de referência: o médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitários de saúde (ACS). A figura 1 representa a evolução da implantação das Equipes de Saúde da Família, no Brasil, do período de 1998 a agosto de 2011, uma vez que estes dados passaram a ser registrados, oficialmente, a partir de 1998 com a estruturação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Fonte: Departamento de Atenção Básica. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#mapas> Acesso em: 29 de setembro 2013.

Figura 1- Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família

Atualmente, 93,5 milhões de pessoas são acompanhadas por mais de 29 mil equipes de Saúde da Família, presente em 93,5% dos municípios (BRASIL, 2008).

A figura do ACS nasce no Ceará em 1987 com o objetivo duplo de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança. A expansão desta estratégia no estado do Ceará foi rápida e em três anos atingiu praticamente todos os municípios. Em 1991 foi encampada pelo Ministério da Saúde (MS) com o nome de Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e inserida em vários estados do país, com repasse de recursos e normatização comum para todos eles (TOMAZ, 2002).

Com a ampliação e expansão deste programa e sua inserção na ESF o Ministério da Saúde lança em 1999 as Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 1999b) que estabelece sete competências para o agente de saúde: trabalho em equipe; visita domiciliar; planejamento das ações de saúde; promoção da saúde; prevenção e monitoramento de situações de risco e do meio ambiente; prevenção e monitoramento de grupos específicos; prevenção e monitoramento das doenças prevalentes; acompanhamento e avaliação das ações de saúde (SILVA; DALMASO, 2002). Neste contexto, o ACS assume um reforço importante na construção de um novo modelo, que reintroduz uma visão ampliada do conceito de saúde.

É possível identificar dois componentes ou dimensões principais da proposta de atuação do ACS: um mais estritamente técnico, relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias, a intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos, e outro mais político, porém não apenas de solidariedade à população, da inserção da saúde no contexto geral de vida, mas, também, no sentido de organização da comunidade, de transformação dessas condições (SILVA; DALMASO, 2002).

Os ACSs constituem o vínculo entre a comunidade e o SUS e, deste modo, podem atuar como atores fundamentais nas ações de promoção da saúde e prevenção de doença do idoso de sua microárea, bem como identificadores e encaminhadores (quando necessário) desta população mais suscetível a agravos. Os conhecimentos exigidos em seu processo de trabalho são bastante complexos e diversificados. Tais conhecimentos devem transcender o campo da saúde, pois requerem a aprendizagem de aspectos que estão presentes nas condições de vida da população e que exigem uma atuação intersetorial (MENDONÇA, 2004).

A formação desses profissionais deve muní-los de conhecimentos diversos, incorporando, além da perspectiva biomédica, outros saberes que o habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades (NUNES et al, 2002). Entretanto, segundo Silva (2001), o agente comunitário não dispõe de instrumentos, de tecnologia, aqui incluídos os saberes, para as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho. Essa insuficiência faz com que ele acabe trabalhando com o senso comum, com a religião e, mais raramente, com os saberes e os recursos das famílias e da comunidade.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1999b) enfatiza a necessidade da adoção de formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem, o que implica que os programas de capacitação desses trabalhadores devam adotar uma ação educativa, crítica, capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde e de assegurar o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho de suas funções. Constatando e conhecendo os problemas, tornamo-nos capazes de intervir na realidade (FREIRE, 1996).

Os conceitos de prevenção de doenças e promoção de saúde estão presentes em vários trechos do manual de trabalho do ACS. O conceito de risco também está presente neste manual, onde se faz a menção à situação de risco, fatores de risco, áreas de risco, famílias em situação de risco (BRASIL, 2000).

Estes conceitos de prevenção de doenças e promoção de saúde também são parte na atuação da fonoaudiologia, uma ciência que tem como objeto de estudo a comunicação humana. Esta relacionada ao desenvolvimento, aperfeiçoamento e distúrbios referentes aos aspectos envolvidos na função auditiva periférica e central, na função vestibular, na função cognitiva, na linguagem oral e escrita, na fala, na fluência, na voz, nas funções orofaciais e na deglutição.

No ano de 1981 o Congresso Nacional aprovou a Lei de número 6.965 de 09 de Dezembro que dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo, sendo esta profissão reconhecida em todo território brasileiro. O artigo 1 diz:

Parágrafo único: Fonoaudiólogo é o profissional, com graduação plena em Fonoaudiologia, que atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológica na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como em aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz.” (Brasil, 1981; Conselho Regional de Fonoaudiologia 2ª. Região)

Embora seja a área mais recente do histórico da Fonoaudiologia brasileira as práticas de prevenção comunitária encontra-se em processo de conquista de suas especificidades, da (re) construção de sua identidade e caracterização da *práxis* em Saúde Público-Coletiva (ALGODOAL, 2002). O fonoaudiólogo ao se inserir em uma ESF, por meio da Equipe de Apoio Matricial, é capaz de compreender o processo de saúde e doença e orientar práticas de qualidade, condizentes com a realidade social na qual está inserido. No entanto é necessário uma revisão das ações de prevenção daquela equipe quanto aos objetivos que as fundamentam, formas e conteúdos do seu desenvolvimento. Deste modo a ação do fonoaudiólogo pode enfatizar a prevenção e a promoção da saúde no território em que atua, tanto com as famílias quanto com os profissionais de saúde envolvidos com essa população (PENTEADO & SERVILHA, 2004; BRASIL, 1997).

Dentro da perspectiva de prevenção de doenças e promoção da saúde nos atemos ao período de 1975 a 2025, considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como a era do envelhecimento. A estimativa para o Brasil é um crescimento da população idosa de 16 vezes contra 5 vezes o crescimento da população geral. Atualmente no Brasil, estima-se que existam, cerca de 17,6 milhões de idosos. O retrato e o crescimento da população idosa brasileira em um período de 50 anos podem ser observados nos gráficos 1 e 2:

Fonte: Departamento de Geografia e Estatística IBGE <http://www.ibge.gov.br/home/>

Acesso em: 16 janeiro 2013.

Gráfico 1: Envelhecimento da população brasileira, por sexo, nos anos 2000.

Gráfico 2: Envelhecimento da população brasileira, por sexo, nos anos 2050.

No município de Bauru, como não poderia ser diferente, o crescimento da população idosa cresce seguindo a tendência mundial como observado nos gráficos 3 e 4.

Bauru – 2000

Bauru - 2010

Fonte: Departamento de Geografia e Estatística IBGE <http://www.ibge.gov.br/home/>

Acesso em: 29 de setembro 2013.

Gráfico 3: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade no município de Bauru- SP no ano de 2000.

Gráfico 4: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade no município de Bauru- SP no ano de 2010

Sendo assim, a atuação do ACS tem um potencial latente para a operacionalização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, uma vez que sua prática acontece no domicílio e nos espaços comunitários, possibilitando fortalecimento do vínculo entre o profissional da equipe e a comunidade.

2 Proposição

2 PROPOSIÇÃO

2.1 *Proposição Geral:*

Analisar o conhecimento dos ACS, da equipe de referencia de uma ESF de um município do interior do estado de São Paulo, sobre a Saúde do Idoso com enfoque no envelhecimento normal e suas possíveis alterações.

2.2 *Proposições Específicas:*

2.2.1 – Realizar uma revisão sistemática de literatura com enfoque nas capacitações de agentes comunitários de saúde em relação à saúde da pessoa idosa

2.2.2 - Identificar o conhecimento do grupo de Agentes Comunitários em relação à Saúde do Idoso.

2.2.3 – Analisar o efeito de uma ação educativa com ACS.

2.2.4 – Analisar a percepção dos ACS em relação aos conteúdos apreendidos relacionando-os à prática diária destes profissionais.

2.2.5 – Verificar se houve mudanças no conhecimento imediato dos ACS em relação à Saúde do Idoso.

3 Material e Métodos

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Material e Métodos da Revisão Sistemática da Literatura

Para a realização deste levantamento foi desenvolvida uma pesquisa do tipo Revisão Sistemática, com caráter retrospectivo, descritivo e com abordagem quantitativa e qualitativa.

A pergunta que guiou a busca das publicações da presente revisão foi: *A capacitação de Agentes Comunitários de Saúde permite a operacionalização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa?*

3.1.2 Critérios de seleção dos estudos da Revisão Sistemática da Literatura

O período cronológico foi definido em função da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991.

A revisão sistemática da literatura foi realizada somente em bases de dados eletrônicas, pois, esta forma de acesso possibilita que os artigos sejam baixados na íntegra em formato PDF (Portable Document Format), o que facilita não só a análise dos mesmos, mas como também não onera o meio ambiente com a impressão em papel de um número elevado de artigos. Não houve busca por periódicos não indexados, busca específica por autores nem busca em livros. Isto significa dizer que, certamente, deve haver outras produções na área de capacitações de ACS, com enfoque na saúde do idoso, que não foram prospectadas pelo recorte desta pesquisa.

Os artigos selecionados deveriam preencher os seguintes critérios: estar relacionado com a saúde do idoso, ter como base a análise de dados coletados no Brasil e data de publicação no período de 1991 a novembro de 2012 e ter o ACS como sujeito da pesquisa seja ele com capacitações, Educação Permanentes ou Educação Continuada.

Monografias, teses e dissertações não foram incluídas.

3.1.3 Estratégia de busca utilizada da Revisão Sistemática da Literatura

A busca eletrônica foi conduzida através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME) nas seguintes bases de dados: PubMed Brasil, Lilacs (Literatura Latino-

Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) , Scielo (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE, BVSMS (Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde) e

Cochrane Library; com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “agente comunitário de saúde”, “capacitação”, “saúde do idoso”, “educação em saúde”, “capacitação em serviço”. Todos foram utilizados no idioma português e seus correspondentes em língua inglesa. Os descritores “Brasil” e “Brasileiro” foram utilizados para restringir a busca por trabalhos coletados no Brasil.

A tabela 1 apresenta as estratégias de busca utilizadas para o levantamento Bibliográfico.

Tabela 1 - Estratégias de busca utilizadas no presente estudo.

Estratégia de Busca
Capacitação <i>and</i> agente comunitário de saúde
Capacitação <i>and</i> agente comunitário de saúde <i>and</i> idoso
Capacitação <i>and</i> agente comunitário de saúde <i>and</i> saúde do idoso
Agente comunitário de saúde <i>and</i> capacitação em serviço
Agente comunitário de saúde <i>and</i> capacitação em serviço <i>and</i> saúde do idoso
Agente comunitário de saúde <i>and</i> idoso <i>and</i> educação em saúde
Agente comunitário de saúde <i>and</i> idoso <i>and</i> educação em saúde <i>and</i> saúde do idoso

De acordo com os princípios da revisão sistemática¹ os artigos para a análise devem apresentar nível de evidência 1- Revisões Sistemáticas e meta análises; 2- estudos controlados randomizados e 3- estudos de intervenção não randomizados (quadro 2). Estes princípios não puderam ser seguidos à risca, pois muitas informações relevantes poderiam ser perdidas, pois poucos estudos, dentro desta área, apresentam estes desenhos metodológicos.

¹curso gratuito desenvolvido pelo Centro Cochrane do Brasil e pela Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina. Disponível em: <http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise/>

Tabela 2 - Avaliação do Nível de Evidência Científica.

Nível	
1	Revisões sistemáticas e meta análises de estudos clínicos aleatórios ou outros estudos de qualidade
2	Estudos clínicos aleatórios controlados
3	Estudos de intervenção não aleatórios
4	Estudo de coorte; estudo de caso-controle, estudos seccionais cruzados, e experimentos não controlados
5	Estudo de caso
6	Opiniões de especialistas

Fonte: <http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise/>

3.1.4 Avaliação e Seleção dos Estudos da Revisão Sistemática da Literatura

Todos os processos de seleção e avaliação dos artigos foram realizados pelas pesquisadoras. Iniciou-se a análise pela leitura dos títulos dos manuscritos encontrados. Posteriormente, foi feita a leitura dos resumos para averiguar se todos preenchiam os critérios de inclusão ou que, somente pela leitura de seu título, não permitiam a certeza da exclusão. Após análise dos resumos, todos os artigos selecionados foram obtidos na íntegra e examinados de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos.

3.1.5 Análise dos dados da Revisão Sistemática da Literatura

Após a leitura dos textos selecionados, os mesmos foram organizados em um quadro (Tabela 3) destacando-se os seguintes aspectos: ano de publicação, autor(es), título, objetivos, tipo de estudo (com a qualidade de evidência) (Tabela 2), amostra, local de coleta de dados.

Tabela 3 – Referências dos estudos relevantes para a revisão sistemática

ARTIGOS- REFERÊNCIAS	
Bezerra AFB, Espírito Santo ACG, Batista Filho M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. Rev. Saúde Pública [online]. 2005, vol.39, n.5, pp. 809-815.	
Brites LS, Souza APR, Lessa AH. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2008; 13(3): 258-66	
Rodrigues JC, Araújo CLO. Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 117-127, 2010	
Fernandes HCL, Pavarini SCI, Barham EJ, Menciondo MSZ, Luchesi BM. Envelhecimento e demência o que sabem os Agentes Comunitários de Saúde? Rev Esc Enferm USP 2010; 44(3): 782.	
Ferreira VM, Ruiz T. Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos. Rev Saúde Pública 2012; 46(5): 843-49.	
Colomé ICS, Jahn AC, Beck CLC. O idoso sob a ótica de um grupo de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Nursing 2003; 6(67): 22-27.	
(artigo não encontrado na íntegra)	

3.2 Material e Métodos do Estudo

Este projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru- USP, segundo as determinações do Conselho Nacional da Saúde (Resolução CONEP 196/96) sob o protocolo de número 35963 de 30/05/2012.

A ESF participante do estudo tinha em sua composição 3 equipes mínimas atendendo no mesmo espaço físico.

Foi realizado o contato com a Secretaria Municipal de Saúde e com a Unidade de Saúde da Família para esclarecer os objetivos da pesquisa, procedimentos a serem executados com os ACS, além do esclarecimento da relevância social e científica da mesma.

Quanto aos cuidados éticos destaca-se que os participantes foram informados por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sobre os objetivos da pesquisa, destacando o caráter voluntário e a possibilidade de desligamento da mesma sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional.

Os benefícios esperados com o desenvolvimento do presente estudo visam contribuir na construção do conhecimento científico na área da Saúde do Idoso, fornecendo subsídios para a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Os métodos utilizados foram elaborados de forma a não afetar, ou oferecer riscos aos participantes, sendo-lhes também garantido o sigilo das informações fornecidas. Após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e o consentimento em participar da pesquisa por parte dos agentes, foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi elaborado, junto a Equipe de Saúde da Família, um cronograma de trabalho para que a pesquisa não interferisse negativamente nas tarefas dos ACS na unidade.

3.2.1 Participantes do Estudo

Foram convidados os 18 ACS que compõem as três equipes de referência da ESF escolhida para o estudo, no entanto, 2 ACS estavam no período de férias durante a realização dos trabalhos.

3.2.2 Coleta de dados do Estudo

Primeiramente, o grupo respondeu um questionário semi-estruturado que possibilitou a identificação do conhecimento prévio do grupo de Agentes Comunitários em relação à Saúde do Idoso. O questionário semi-estruturado (ANEXO A) foi respondido individualmente e contou com perguntas abertas e fechadas (múltipla escolha) acerca do envelhecimento normal e suas possíveis alterações.

Num segundo momento foi agendada uma capacitação com o grupo utilizando-se uma metodologia ativa e reflexiva, por parte do grupo, com construção de cartazes, leituras de textos, apresentação de vídeos e roda de conversa.

Durante o processo de intervenção, ocorreram dois encontros com duração de aproximadamente três horas cada.

Ao final do processo de intervenção o questionário foi reaplicado para a verificação de mudança no conhecimento imediato dos ACS.

3.2.3 Análise dos Dados

Foi realizada uma análise quantitativa e qualitativa dos dados uma vez que o protocolo contava com perguntas fechadas e abertas.

Os dados amostrais quantitativos foram estratificados, analisados e processados por meio de planilhas Excel (Microsoft® 2007) utilizando-se média, moda e desvio padrão com abordagem descritiva.

A análise qualitativa dos dados foi realizada por meio de uma análise geral do conhecimento dos ACS acerca da temática pré e pós capacitação e as questões abertas foram agrupadas em categorias e feita uma descrição dos achados.

Os métodos qualitativos são direcionados para a coleta de dados sobre as estruturas e sistemas sociais fornecendo à pesquisa algumas categorias e hipóteses

substantivas baseadas nos dados que emergem das observações diretas do mundo social (FURLANETTI, 2013).

Glaser e Strauss (1967) sustentam que:

Não há um atrito fundamental entre os propósitos e possibilidades dos métodos qualitativos de pesquisa e os dos métodos quantitativos. O atrito que há é na prioridade dada à geração ou à verificação de uma teoria (...) Cada uma dessas formas de trabalhar com os dados é útil tanto para a geração de teorias quanto para sua verificação, dependendo da propriedade da pesquisa.

A metodologia da teoria de base (*grounded theory*) (GLASER; STRAUSS, 1967) fundamenta-se em três pressupostos básicos:

1. Os dados qualitativos são mais úteis que os quantitativos na descoberta de variáveis, categorias substantivas e hipóteses, enquanto a pesquisa quantitativa é melhor utilizada para testar teorias;
2. A análise comparativa dos dados ajuda a geração de teorias ao criar categorias conceituais a partir das evidências; depois, a evidência de cada categoria emergente é usada para ilustrar um conceito;
3. Centrar-se na verificação e prova da teoria pode facilmente bloquear a geração de uma teoria mais completa e densa, por exemplo, uma teoria que apresente uma sequência mais completa de variáveis.

Portanto o processo de categorização neste estudo foi realizado através do agrupamento de elementos da mensagem, a partir de características comuns. Os dados não foram classificados em mais de uma categoria e as categorias foram definidas atendendo às questões propostas na investigação.

4 Resultados

5 RESULTADOS

5.1 Resultados da Revisão Sistemática da Literatura

As revisões sistemáticas são consideradas, atualmente, o nível I de evidências para qualquer questão clínica por sumariarem sistematicamente informações sobre determinado tópico através de estudos primários (ensaios clínicos, estudos de coorte, casos-controle ou estudos transversais), utilizando-se de uma metodologia reprodutível, além de integrar informações de forma crítica para auxiliar as decisões e explicar as diferenças e contradições encontradas em estudos individuais (El DIB, 2007).

A pergunta que guiou a busca das publicações da presente revisão foi: *A capacitação de Agentes Comunitários de Saúde permite a operacionalização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa?*

Com a combinação de todos os métodos de busca foram identificados 148 artigos. Aplicando-se os critérios de inclusão, chegou-se a um total de seis artigos, dentre eles, um não foi localizado na íntegra. Portanto, este estudo será baseado em um total de cinco artigos (Tabela 10).

Dentre os tipos de estudos presentes, foram encontrados 3 estudos observacionais descritivos e 2 observacionais transversais, sendo assim todos se enquadram no nível de evidência 5. Como já exposto anteriormente, de acordo com os princípios da revisão sistemática os artigos para a análise devem apresentar nível de evidência 1, 2 ou 3 (quadro 2). Estes princípios não foram seguidos, pois nenhum dos artigos encontrados apresentava estes desenhos metodológicos.

Entre os trabalhos encontrados, 3 (60%) foram realizados nos estados de São Paulo, 1 (20%) no Rio Grande do Sul e 1 (20%) no Pernambuco.

O primeiro artigo encontrado nesta revisão data de 2005 em que os autores (Bezerra; Espírito Santo; Batista Filho, 2005) analisaram as principais concepções entre 148 agentes comunitários referentes ao processo de envelhecimento. E o que se observa nas subseqüentes leituras são publicações também voltadas a demonstrar o nível de conhecimento dos ACS a cerca da saúde do idoso ou do processo de envelhecimento e a necessidade de qualificações dos mesmos. Esta necessidade de qualificação, capacitação ou atualização (vários são os nomes encontrados para designar a Educação Permanente destes profissionais) foi encontrada em quatro dos cinco artigos analisados.

Ainda descrevendo o primeiro trabalho encontrado, ele foi realizado em Camaragibe- PE e como resultados as autoras trazem que os ACS identificaram como sua principal atribuição “*desenvolver atividades de educação em saúde*” e realizar ações

básicas; referiram opinião de valor negativo em relação ao envelhecimento e apresentam compreensão do conceito de saúde. 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. Portanto, o estudo indica a necessidade de investir na formação de agentes capazes de lidar com os múltiplos aspectos do envelhecimento.

Brites, Souza e Lessa (2008) realizaram uma pesquisa para analisar a eficácia de um processo de formação sobre a Fonoaudiologia, desenvolvido com Agentes Comunitários de Saúde, embasado na concepção teórica da educação radical em saúde. O estudo foi realizado com cinco ACS na cidade de Santa Maria – RS. Foi realizado uma entrevista inicial em que o grupo demonstrou interesse por práticas clínicas, de modo especial, em distúrbios da fala e escrita/aprendizagem, surdez e acamados. As autoras concluíram que o processo educativo apresentou-se eficiente para tratar os temas propostos pelo grupo e permitiu o empoderamento no nível individual.

Em 2010, Rodrigues e Araújo avaliaram o conhecimento e práticas de 24 ACS na atenção à saúde do idoso, no Programa de Saúde da Família no Vale do Paraíba – SP. Concluiu-se que os agentes não possuem conhecimento com relação ao idoso e as mudanças físicas apresentadas pelos mesmos. Devido à falta de conhecimento específico do envelhecimento, os agentes tiveram dificuldades em falar acerca dos idosos e suas carências. A conclusão não foi diferente da maioria dos estudos e levantou a necessidade de treinamentos contínuos, adequados e voltados para as realidades locais, que valorizem a organização e o desenvolvimento da comunidade.

Ainda em 2010, uma pesquisa, desenvolvida por uma equipe multiprofissional (FERNANDES et al, 2010), teve com o objetivo de Identificar o conhecimento de 51 ACSs sobre envelhecimento e demência. A finalidade desta pesquisa era subsidiar a implantação de uma linha de cuidado a demência no município de São Carlos – SP. Os resultados também mostraram uma associação de aspectos negativos ao envelhecimento por parte dos ACSs muitas vezes relacionados com a dependência física e social. E mais uma vez a conclusão dos resultados apontaram para a necessidade de um programa de capacitação dos agentes em gerontologia.

O último artigo encontrado foi do ano de 2012 (Ferreira; Ruiz, 2012) que analisou as relações entre 213 ACS e os cuidados prestados a idosos na cidade de Marília- SP.

As avaliações positivas dos agentes quanto às atitudes perante a velhice ocorreram principalmente em aspectos como a sabedoria e generosidade dos idosos, porém foram marcantes as atitudes negativas para “lentidão e rigidez”. Foram observados estereótipos em relação ao idoso, na medida em que muitos agentes os consideravam insatisfeitos e dependentes. Como resultado este estudo traz, além da necessidade de qualificar, a formação do agente comunitário para o cuidado ao idoso na atenção primária, a necessidade de mudanças de atitudes com relação à pessoa idosa para o enfrentamento das demandas advindas dessa fase da vida.

Conforme é possível observar, nenhum dos estudos descritos nesta revisão focou na análise das capacitações dos ACS a cerca da saúde do idoso nem tampouco teve foco a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Sendo assim, não foi possível responder a pergunta inicial desta revisão sistemática: *A capacitação de Agentes Comunitários de Saúde permite a operacionalização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa?*

5.2 Resultados do Estudo

A amostra contou com 16 ACS de um total de 18 (6 ACS para cada uma das 3 equipes da ESF), pois 2 ACS estava no período de férias.

A caracterização do sexo e idade da casuística desta pesquisa encontra-se descrita na tabela 4.

Tabela 4- Caracterização sexo e idade dos ACS.

IDADE							
N	F	M	mín	máx	x	dp	moda
16	16	0	24	59	35,31	9,43	24

F: feminino; M: masculino; mín: mínimo; máx: máximo; x: média; dp: desvio padrão.

A tabela 5 apresenta a identificação dos ACS participantes deste estudo (questões 4 a 8 do questionário).

ACS	Escolaridade	Tempo atuação	Nº de famílias que acompanham	Experiência anterior	Capacitação	Mora no Bairro
1	Ensino médio	1 ano	168	Comércio	Não	Sim
2	Ensino médio	5 anos	170	Balconista	Não	Sim
3	Ensino médio	4 anos	174	Operadora de caixa	Não	Sim
4	Ensino médio	2 meses	175	Técnico em	Sim	Sim

				Enfermagem		
5	Ensino médio	4 anos	187	Secretária	Não	Sim
6	Ensino médio	1 ano	203	Comércio	Não	Sim
7	Ensino médio	1 ano	184	Garçonete	Não	Sim
8	Ensino médio	6 anos	205	Recreação	Não	Sim
9	Ensino médio	8 meses	264	Açougueira	Sim	Sim
10	Ensino médio	3 anos	196	Não	Não	Sim
11	Ensino médio	9 anos	204	Magistério	Não	Sim
12	Superior/ Psicologia	2 anos	177	Não	Não	Sim
13	Ensino médio	3 meses	178	Não	Sim	Sim
14	Ensino Fundamental	6 anos	160	Comércio	Não	Sim
15	Ensino médio	3 anos	230	Não	Não	Sim
16	Ensino médio	2 meses	178	Costureira	Sim	Sim

Tabela 5 – Identificação dos Sujeitos da Pesquisa

Para comparação do grupo em relação à idade e tempo de atuação como ACS foi realizada a análise estatística descritiva conforme apresentada na tabela 6.

Tabela 6- Comparação entre idade e tempo de atuação como ACS.

Variável	N	mín	máx	x	dp	moda
idade	16	24	59	35,31	9,43	24
Tempo de atuação(em meses)	16	2	108	34,68	31,27	12

mín: mínimo; máx: máximo; x: média; dp: desvio padrão.

Com relação às questões 10 (“O que é ser idoso para você?”) e 11 (“O que é saúde do idoso para você?”) do questionário as mesmas foram analisadas e suas respostas agrupadas em categorias apresentadas nas tabelas 7 e 8.

Tabela 7 - Representação do que é ser idoso pelo agente comunitário de saúde.

	Categoria	N	(%)
número	Ser experiente e ter sabedoria	8	50
	Ter problemas com a saúde	4	25
	Ser frágil, dependente abandonado e carente.	4	25

N:
de

ocorrência- frequência absoluta. (%): Frequência relativa

Tabela 8 - Representação da saúde do idoso pelo agente comunitário de saúde.

Categoria	N	(%)
Qualidade de vida	7	43,75
Saúde física, mental e social	5	31,25
Carinho, amor e afeto	4	25

N: número de ocorrência

Com relação ao conhecimento dos ACS acerca da PNSPI (questões 12 e 13), 81% relataram saber de sua existência, mas não seu conteúdo. Os gráficos 5 e 10 mostram estes dados.

Gráfico 5 – Conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa pelos agentes comunitários de saúde.

Gráfico 6 – Fonte de informação sobre a PNSPI pelos agentes comunitários de saúde.

A percepção dos ACS acerca dos idosos residentes em suas microáreas de atuação (questão 13) está ilustrada na tabela 9.

Tabela 9 - Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre os idosos de sua microárea.

	Sim	%	Não	%	Às vezes	%
Maus tratos por parte dos familiares?	8	50	7	43,75	1	6,25
São bem cuidados?	5	31,25	7	43,75	4	25
Famílias interessadas em aprender a lidar com as dificuldades deles?	6	37,5	10	62,5	0	0

O conhecimento pré e pós capacitação dos ACS foi verificado através das questões 14 a 26. Os resultados obtidos encontram-se explanados na tabela 10.

Tabela 10 – Conhecimento do ACS sobre o processo de envelhecimento normal pré-capacitação.

	<i>Pré</i>				<i>Pós</i>			
	<i>Sim</i>	<i>As vezes</i>	<i>Não</i>	<i>Não sei</i>	<i>Sim</i>	<i>As vezes</i>	<i>Não</i>	<i>Não sei</i>
É comum que o idoso tenha alteração de voz?	6	3	7	0	3	13	0	0
É comum que o idoso tenha dificuldade em escutar?	10	4	2	0	13	3	0	0
O idoso pode ter engasgos frequentes?	7	7	2	0	2	2	12	0
O idoso pode ter dificuldade na memória?	9	7	0	0	3	13	0	0
A voz do idoso tende a ser mais fraca?	3	6	7	0	9	7	0	0
Alguns medicamentos (remédios) podem causar surdez?	0	4	4	8	16	0	0	0
	<i>Pré</i>				<i>Pós</i>			
	<i>Sim</i>	<i>As vezes</i>	<i>Não</i>	<i>Não sei</i>	<i>Sim</i>	<i>As vezes</i>	<i>Não</i>	<i>Não sei</i>
É comum o idoso apresentar deficiência mental?	7	0	4	5	2	8	6	0
Durante a alimentação, engolir com esforço indica um problema?	10	4	0	2	16	0	0	0
O cigarro pode trazer prejuízos na voz do idoso?	13	2	0	1	16	0	0	0
É verdade que a voz do	10	3	1	2	16	0	0	0

idoso pode ficar trêmula?								
O idoso tem dificuldades para contar histórias?	1	8	7	0	0	16	0	0
A dificuldade em se alimentar está relacionada à quantia de dentes na boca?	8	3	5	0	16	0	0	0
No processo natural do envelhecimento, é comum o idoso ter dificuldade para compreender o que dizem a ele?	12	4	0	0	1	15	0	0

Ao serem interrogados sobre ações de promoção de saúde e prevenção de doença voltadas a população idosa que sua equipe desenvolvia (questão de número 27) 14 (87,5%) responderam que sim e duas (12,5%) responderam que não. O gráfico 11 mostra as ações citadas pelas ACS como sendo realizadas em sua unidade.

Gráfico 7 – Ações voltadas à promoção de saúde e prevenção de doença voltadas a população idosa na ESF Jd. São Paulo.

Na questão de número 28 (“O que você, como agente comunitário de saúde, pode fazer pela população de seu território, no que diz respeito à Saúde do Idoso?”) as ACS enfocaram nas orientações aos idosos e familiares (gráfico 12)

Gráfico 8 – Ações descritas pelas ACS para promoção de saúde e prevenção de doenças voltadas à população idosa na ESF Jd. São Paulo.

Com relação à atividade pedagógica os ACS sentiram-se valorizados e utilizaram o espaço para discussões e socializações de seus conhecimentos e indagações.

Figura 2: Sala de reunião dos ACS – Confeção dos cartazes “o que é ser idoso para você”

Figura 3 – Cartazes “O que é ser idoso para você” – Categoria: Experiência e Sabedoria.

Figura 4 – Cartazes “o que é ser idoso para você” – Categoria: Problemas com a Saúde.

Figura 5 – Cartazes “o que é ser idoso para você” – Categoria: Fragilidade, dependência, abandono e carência.

Figura 6 – Cartazes “o que é ser idoso para você” – Categoria: Fragilidade, dependência, abandono e carência com enfoque na carência econômica.

5 Discussão

5 DISCUSSÃO

De acordo com os dados apresentados observa-se que 100% dos ACS que atuam na unidade são do sexo feminino com idades que variaram de 24 a 59 anos. Este dado nos remete ao surgimento da profissão que nasce com objetivo duplo de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil (TOMAZ, 2002). Este perfil também pode estar relacionado à resistência por parte da comunidade em aceitar o ACS do sexo masculino. Bezerra et. al. (2005) encontrou em seu estudo relatos de ACS que justificava tal resistência pelo fato de que as famílias, por uma questão cultural, sentem certo constrangimento em aceitar que um ACS do sexo masculino adentre em suas residências e compartilhe de sua intimidade. Já um ACS do sexo feminino torna o diálogo mais fácil com a comunidade e o acesso ao domicílio.

Neste estudo todos os ACS residiam em sua área de atuação o que sugere maior conhecimento da realidade e dos problemas do bairro contribuindo assim para melhor produção do cuidado.

A variável escolaridade destaca-se pelo curso superior de uma ACS e alto percentual de agentes com ensino médio completo (14 ACS) enquanto o exigido para a função é apenas o ensino fundamental completo (BRASIL, 2002). No artigo 3º da Lei que cria a profissão de ACS (Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002) são explanados os requisitos que o ACS devem preencher para exercer a profissão sendo os seguintes:

- I - residir na área da comunidade em que atuar;
- II - haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde;
- III - Haver concluído o ensino fundamental.

Foi possível constatar também que apenas quatro ACS atuam há menos de um ano na ESF o que sugere uma continuidade do cuidado, permitido que o cuidado seja efetivo e comprometido, favorecendo assim um vínculo com o idoso.

De acordo com a Lei que cria a profissão um ACS só poderá exercer a função de ACS se houver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica (BRASIL, 2002). No entanto, apenas quatro (25%), todas elas com menos de um ano de trabalho, receberam algum tipo de capacitação ao entrarem na ESF. Ou seja, 12(75%) ACS que trabalham há mais de um ano, chegando a nove anos de atuação, não receberam cursos de capacitação. Ao serem indagadas sobre este dado, as mesmas afirmaram que o “curso introdutório” (Curso de qualificação Básica para formação de ACS) havia sido ministrado há apenas três meses.

5.1 Com relação à saúde da pessoa idosa pré e pós-capacitação.

Ao avaliar as repostas 14 a 26 do questionário (ANEXO A) verificamos uma mudança positiva na apreensão de novos conhecimentos por parte dos ACS, principalmente no que diz respeito à área de audição e disfagia. No entanto, alguns pontos não ficaram claros, como por exemplo, a dificuldade de memória associado a uma dificuldade na comunicação levou as ACS a assinalarem que é comum um idoso ter deficiência mental mesmo após a capacitação (questões 20, 24 e 26).

5.2 Representações do que é ser idoso pelo agente comunitário de saúde.

Ao analisar os resultados, tomando por base o discurso dos profissionais durante a intervenção, bem como a análise dos cartazes (Figura 2) construídos pelas ACS sobre este tema e suas respostas no ANEXO A, foi possível constatar que as ACS ora assumem uma visão positiva, enfatizando que a felicidade, a união familiar e a experiência de vida são sinônimos de um envelhecimento normal, ora assumem uma forma mais negativa como doença, solidão e tristeza, sintomas físicos e/ou emocionais que são agravados pela fragilidade das relações familiares e sociais dos idosos. Esta dupla visão também foi encontrada por Meneses et al. (2013) ao pesquisar os próprios idosos sobre o processo de envelhecimento.

A percepção do idoso como uma pessoa experiente também foi encontrada por Rodrigues e Araujo (2010) em um estudo que entrevistou 24 ACS, destes, 60% responderam que ser idoso é ter experiência de vida. Ferreira e Ruiz (2012) também encontraram uma avaliação geral positiva dos ACS de sua pesquisa sobre atitudes e conhecimentos dos ACS sobre a saúde do idoso. No entanto, a visão da doença não deixou de aparecer e junto dela a questão da fragilidade, dependência, abandono e carência.

De acordo com a análise do questionário respondido e os relatos durante a intervenção fica evidenciado que o ACS possui uma concepção de que os idosos possuem grande carência afetiva e, principalmente, a carência em relação aos recursos econômicos neste determinado momento da vida, deixando-o suscetível a diversos problemas.

Alguns estudos sobre os sentimentos de solidão na velhice buscam identificar as causas que levam à solidão, como sendo um processo acelerador para a depressão

nos idosos. Segundo Pedrozo e Portella (2003), a velhice pode vir acompanhada de perdas ou, em função de todas as transformações que acontecem ao longo da vida, o que causa impacto sobre a pessoa levando a uma solidão que se instala com um sofrimento intenso na vida do idoso.

Para que os profissionais prestem um cuidado integral, promovendo uma melhora na qualidade de vida desta população é necessário entender que as necessidades dos idosos vão além do aspecto físico, devendo ser considerado os aspectos ambientais, culturais, sociais, familiares, psicológicos e espirituais, dentre outros (COLOMÉ ; BECK, 2003). E é neste ponto que a carência em relação aos recursos financeiros dificulta o trabalho do ACS (Figura 6).

“[...] como vou orientar um idoso a se alimentar bem com frutas, verduras e legumes se nem arroz ele tem direito para comer?” (ACS2)

“[...] trabalharam a vida toda e hoje dependem dos filhos que nem ligam para eles” (ACS1)

“[...] a gente sabe tudo na teoria, mas quando chegamos na casa do paciente e vimos a pobreza que eles moram esquecemos tudo e precisamos nos virar para conseguir fazer o mínimo para aquela pessoa”

Deste modo, foi evidenciado que o ACS apresenta uma grande preocupação com o indivíduo idoso e sua inserção no âmbito familiar e social, e sente-se responsável e comprometido em minimizar suas necessidades frente aos aspectos emocionais, afetivos e muitas vezes econômicos. Assim, pode-se atribuir este comportamento humanitário e acolhedor do ACS em relação à clientela idosa ao fato de ser morador da comunidade e, certamente, um conhecedor das mazelas existentes no local.

Com relação ao conhecimento dos ACS acerca da PNSPI, 81% relataram saber de sua existência, mas não seu conteúdo. Os ACS relataram nunca terem tido capacitações específicas voltadas à saúde da pessoa idosa tampouco para PNSPI, no entanto, vimos que este assunto é, ou já foi discutido dentro da unidade, uma vez que nove ACS relataram ter obtido o conhecimento sobre a política na própria ESF.

Vimos um descompasso e falta de diálogo entre a PNSPI e a ESF neste trabalho. A preocupação com os idosos por parte dos ACS é grande, porém não têm sido implementadas ações que visam lidar com a desigualdade e do despreparo da população idosa. As ações citadas como sendo ofertadas a esta população são ações previstas pelo Ministério da Saúde, tais como: vacinação, grupos de hipertensos e Diabéticos, palestras entre outras (BRASIL, 2009).

A observação dos ACS sobre os idosos de sua microárea não teve muita variação. Oito ACS relataram maus tratos por parte dos familiares enquanto sete ACS afirmaram que não observavam isso em sua microárea. Importante ressaltar que “os maus tratos” relatados não estão relacionados à violência física e sim negligência familiar com relação aos cuidados com os idosos.

É sabido que, em geral, o perfil do cuidador dos idosos é formado por cônjuges ou filhos, do sexo feminino, que vivem no mesmo domicílio do idoso. Em muitas situações, também são pessoas fragilizadas, pois apresentam dificuldades financeiras, problemas de afeto e de relacionamento, sobrecarga de tarefas e solidão, sendo doentes em potencial e com a capacidade funcional em risco (KARSCH, 2003; WHO, 2005). Tais fatos implicam no questionamento da garantia de condições de um cuidado humanizado por parte das famílias e a necessidade do apoio formal e alternativas de assistência e informação quanto a aspectos físicos, emocionais e materiais ao idoso e ao cuidador (CALDAS, 2003).

Em um dos cartazes confeccionado apareceu a dificuldade para lidar com os idosos, em especial para fornecer informações e orientações diárias devido a “teimosia” dos idosos. Isto foi observado também na fala de uma ACS:

“[...] você diz para idoso que ele não pode cortar o comprimido ao meio e tomar só a metade e explica todos os motivos. Aí, passa uma semana, você volta para a visita e ele continua cortando o remédio! Não é fácil, viu? Não é fácil!”

Este tipo de dificuldade leva o ACS a usar de criatividade própria, uma vez que ele não recebeu uma capacitação específica para lidar com população tão impar. Certamente esta falta de conhecimento dificulta a atuação do ACS, e compromete a resolutividade de seu trabalho com o idoso.

Em consonância com o que foi observado, Bezerra et. al. (2005) ressalta a necessidade de estudos que visem pesquisar concepções sobre o envelhecimento com trabalhadores envolvidos no cuidado com o idoso.

Deve prover condições para apropriação do instrumental adequado e necessário para o ACS lidar com os problemas de saúde dos idosos e, assim contribuir com os demais membros da equipe para o envelhecer saudável. (BEZERRA et al., 2005 p.814)

Esta falta de preparo pode ter sido o fator desencadeante das respostas apontadas pelas ACS na questão de número 27 (*“Sua equipe promove ações de promoção de saúde e prevenção de doenças voltadas à população idosa? Quais?”*)

Embora apontassem ações que beneficiam os idosos (gráfico 11), estas por sua vez não foram desenvolvidas e programadas pensando na população local, mas sim

ações já previstas pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2009).

Esta questão não sofreu mudança pós capacitação. As respostas continuaram na mesma linha de ações programáticas, uma vez que nos dois encontros este tema não foi aprofundado.

6 Conclusões

6 CONCLUSÕES

De acordo com a análise geral dos dados deste estudo, foi possível constatar que:

- os ACS possuem uma visão positiva dos idosos os classificando como pessoas experientes e sábias. Constatou-se também uma grande afinidade dos ACS em atuar com esta população, favorecendo o vínculo entre eles.

- não foi possível analisar a percepção dos ACS em relação aos conteúdos apreendidos relacionando-os com suas práticas diárias, pois o tempo disponibilizado pela coordenação da EFS foi escasso.

- a capacitação oferecida permitiu o aumento imediato dos conhecimentos dos ACS ao que se trata do processo normal do envelhecimento. Tal mudança no conhecimento não garante mudança de comportamento, no entanto, o conhecimento técnico é o primeiro passo para implantação de políticas públicas.

Desta forma, conclui-se que há necessidade de adequação das ações realizadas pelos ACS frente à saúde do idoso, fazendo-se necessária a implantação de políticas de capacitação em saúde, que visem à habilitação específica do ACS frente a essa temática a fim de operacionalizar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Referências

REFERÊNCIAS

Algodoal MJAO. As práticas de linguagem em situação de trabalho de operadores de telemarketing ativo de uma editora. [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2002.

Bezerra AFB, Espírito Santo ACG, Batista MF. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Saúde Pública*. 2005; v39(5): 809-15.

BRASIL. Lei 6.965, de 9 de Dezembro de 1981. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências. [acesso em 12 de março de 2013]. Disponível em: <http://www.crefono1.gov.br/Legislacoes.aspx>

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Comunidade Solidária. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 1997.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília, 1999a.

Brasil, Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS. Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 1999b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília, DF: MS, 2000

Brasil. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 100 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas DAPES, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=27145
Acesso em 17/07/2013

Brites LS, Souza APR, Lessa AH. Fonoaudiólogo e agente comunitário de saúde: uma experiência educativa. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2008;13(3):258-66.

Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; v19(3):733-781.

Colomé ICS, Janh AC, Beck CLC. O idoso sob a ótica de um grupo de Agentes Comunitário de Saúde (ACS). *Nursing*. 2003; v67(6): p22-27.

Conselho Regional de Fonoaudiologia 2ª. região [homepage da internet]. [acesso em 10 de março de 2013] Disponível em: <http://www.fonosp.org.br/>

El Dib RP. Medicina baseada em evidencias. J Vasc Bras 2007, Vol. 6, No 1

Fernandes HCL, Pavarini SCI, Barham EJ, Mendiando MSZ, Luchesi BM. Envelhecimento e demência o que sabem os Agentes Comunitários de Saúde? Rev Esc Enferm USP 2010; 44(3): 782.

Ferreira VM, Ruiz T. Agentes comunitários e envelhecimento Rev Saúde Pública 2012;46(5):843-49

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa São Paulo: Paz e Terra; 1996.

Furlanetti MRR, Barros NF. Construção da Teoria Fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013; 18(1): 283-284.

Glaser BG, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago, Aldine Publishing, 1967. p. 17-8.

Karsch UMS. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cadernos de Saúde Pública 2003; v19(3): 861-866.

Mendonça MHM. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. Trabalho, Educação e Saúde. 2004; 2(2): 353-365.

Meneses DLP, Júnior FJGS, Melo HSF, Silva FJG Junior, Luz VLES, Figueiredo MLF. A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. Enfermagem em Foco 2013; 4(1): 15-18.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

Nunes OM, Trad LB, Almeida BA, Homen CR & Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad. Saúde Pública. 2002; 18(6):1639-46.

Pedrozo SK, Portella MR. Solidão na velhice: Algumas reflexões a partir da compreensão de um grupo de idosos. Boletim da Saúde. 2003; v17(2).

Penteado RZ, Servilha EAM. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. Distúrb Comun. 2004;16(1):107-16.

Rodrigues JC, Araújo CLO. Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre. 2010; v15(1): 117-127.

Silva JA. O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade? [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.

Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface – Comunic. Saúde Educ. fev 2002; v6(10): 75-83.

Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Interface – Comunic. Saúde Educ. fev 2002; v6(10): 75-94.

World Health Organization (WHO). Textos sobre Home-Based and Long-Term Care. Whashington D.C: WHO, 2005 Disponível em: <www.who.int/chronic_conditions/ltc/en/print.html>. Acesso em: 12 maio 2013.

Anexos

ANEXO A – Questionário semi-estruturado acerca dos agravos que acometem, principalmente, a população idosa.

Entrevista

Data: __/__/__

- 1) Nome: _____
- 2) Sexo: ()Feminino ()Masculino
- 3) Data de Nascimento: _____
- 4) Grau de Escolaridade:

()Ensino Fundamental () Ensino Médio ()Ensino

() Superior () Outro. Qual área? _____
- 5) Mora no mesmo bairro que trabalha? _____
- 6) Quanto tempo trabalha como agente comunitário de saúde? _____
- 7) Quantas famílias você acompanha? _____
- 8) Trabalhou em outra área anteriormente? Qual?

- 9) Recebeu algum tipo de capacitação quando entrou na

ESF? _____
- 10) O que é ser idoso para você?

- 11) O que é saúde do idoso para você ?

- 12) Você já ouviu falar em uma política destinada somente aos cuidados da pessoa idosa?

() Sim () Não

Onde ouviu falar?

() jornais () revistas () televisão () na própria USF () curso de capacitação (

) outros .Quais _____
- 13) O que você observa em relação aos idosos de sua microárea?

Maus tratos por parte dos familiares. () Sim () Não

São bem cuidados. () Sim () Não

Famílias interessadas em aprender a lidar com as dificuldades deles.

() Sim () Não

Agora com relação a saúde da pessoa idosa

14) É comum que o idoso tenha alteração de voz?

a. Sim b. Às vezes c. Não d. Não sei

15) É comum que o idoso tenha dificuldade em escutar?

a. Sim b. Às vezes c. Não d. Não sei

16) O idoso pode ter engasgos frequentes?

a. Sim b. Às vezes c. Não d. Não sei

17) O idoso pode ter dificuldade na memória?

a. Sim b. Às vezes c. Não d. Não sei

18) A voz do idoso tende a ser mais fraca?

a. Sim b. Às vezes c. Não d. Não sei

19) Alguns medicamentos (remédios) podem causar surdez?

a. Sim b. Às vezes c. Não d. Não sei

20) É comum o idoso apresentar deficiência mental?

a. Sim b. Às vezes c. Não d. Não sei

21) Durante a alimentação, engolir com esforço indica um problema?

a. Sim b. Às vezes c. Não d. Não sei

22) O cigarro pode trazer prejuízos na voz do idoso?

Sim b. Às vezes c. Não d. Não sei

23) É verdade que a voz do idoso pode ficar trêmula?

a. Sim b. Às vezes c. Não d. Não sei

24) O idoso tem dificuldades para contar histórias?

a. Sim b. Às vezes c. Não d. Não sei

25) A dificuldade em se alimentar está relacionada à quantia de dentes na boca?

a. Sim b. Às vezes c. Não d. Não sei

26) No processo natural do envelhecimento, é comum o idoso ter dificuldade para compreender o que dizem a ele?

a. Sim b. Às vezes c. Não d. Não sei

27) Sua equipe promove ações de promoção de saúde e prevenção de doenças voltadas à população idosa?

() sim () Não

Quais _____

28) O que você, como agente comunitário de saúde, pode fazer pela população de seu território, no que diz respeito à Saúde do Idoso?

ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Agente Comunitário(a) de saúde:

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo com a finalidade de analisar o significado do conhecimento em saúde do idoso na prática dos Agentes Comunitários de Saúde para o cuidado integral aos usuários. Este estudo será realizado em três etapas, sendo que na primeira, vocês responderão a um questionário com perguntas de múltipla escolha com objetivo de levantar as características dos participantes da pesquisa, bem como o conhecimento e as concepções prévias que o grupo de agentes comunitários de saúde tem sobre a saúde do idoso. Estes questionários servirão de base para a elaboração da segunda etapa do estudo, que consiste em uma intervenção pedagógica (grupos de discussão/oficinas sobre temas de saúde do idoso). A terceira e última etapa do estudo, consiste em responder novamente o questionário apresentado no início para que possamos levantar as mudanças no conhecimento e concepção sobre a saúde do idoso e suas formas de prevenção e promoção, bem como a aplicabilidade dos conceitos adquiridos na prática dos agentes comunitários de saúde.

Esclarecemos para você que os riscos decorrentes desta pesquisa podem ser o fato de você sentir-se obrigado a participar da pesquisa, mediante isto esclarecemos que você não é obrigado a responder questões que julgar desnecessárias ou julgar que possam ferir sua integridade moral, a decisão em não participar não acarretará em prejuízo da continuidade de sua participação nas oficinas de educação permanente. Outro risco refere-se ao fato de você considerar a possibilidade das suas informações serem divulgadas de maneira ilícita, quanto a isto esclarecemos que sua participação será mantida sob sigilo e será garantida a privacidade em relação às informações fornecidas. Você também poderá ficar a vontade para tirar dúvidas e pedir os esclarecimentos que necessitar em relação à pesquisa. Outro risco decorre do fato de você sentir-se desconfortável durante as oficinas, assim esclarecemos que você poderá solicitar a interrupção da mesma. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua participação nessa pesquisa não decorre em despesas. Esclarecemos que após a análise dos dados, o estudo será submetido à publicação em periódico científico. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome do Pesquisador responsável: Gessyka Gomes Marcandal

Endereço do pesquisador: Rua Dr. Octávio Pinheiro Brisola, 9-75

Cidade: Bauru Estado: SP CEP: 17012-901 Telefone: (14) 3235 8460

“Caso o sujeito da pesquisa queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e pesquisa em Seres Humanos, da FOB-USP, pelo endereço: Al. Dr. Octávio pinheiro Brisola, 9-75 (sala no prédio da Biblioteca, FOB-USP) ou pelo telefone (14) 3235 8356.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a)

_____,
portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 29º do Código de Ética do Fonoaudiólogo).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Gessyka Gomes Marcandal