

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde

Diseases chronicles do not encephalopathies in the elderly: knowledges and actions from community health agents

Enfermedades crônicas no transmisibles en los ancianos: saberes y acciones de agentes de salud de la comunidad

Marinês Tambara Leite¹, Sandra Dal Pai², Julia de Moura Quintana³, Marta Cocco da Costa⁴

ABSTRACT

Objective: To analyze the knowledge and actions performed by Community Health Agents (CHA), related to chronic non-communicable diseases (CNCDs) in elderly patients. **Method:** Qualitative and descriptive research. The data collection occurred through interviews with 20 ACS. The information was analyzed following the steps of content analysis. **Results:** The data converged for the construction of two categories. One is about knowledge for CHA performance, and the other the educative actions performed by CHA with the elderly population. **Final considerations:** They were identified limitations in the knowledge and actions developed by CHA regarding the CNCd in elderly, restricting the care concerning diseases such as diabetes and hypertension. This condition reflects in the work of these professionals, but it can be modified with educational actions intended to CHA, for which they can qualify their practices along with the elderly population. **Descriptors:** Aged, Chronic disease, Community health workers, Health promotion.

RESUMO

Objetivo: Analisar os saberes e as ações realizados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) relativos às Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) em idosos. **Método:** Pesquisa qualitativa e descritiva. A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevista junto a 20 ACS. As informações foram analisadas seguindo os passos da análise de conteúdo. **Resultados:** Os dados convergiram para a construção de duas categorias. Uma versa acerca do saber para a atuação dos ACS e a outra, as ações educativas executadas pelos ACS junto à população idosa. **Considerações finais:** Identificam-se limitações no saber e nas ações desenvolvidas pelos ACS referentes às DCNT em idosos, restringindo o cuidado para doenças como diabetes e hipertensão. Esta condição reflete no trabalho destes profissionais, mas pode ser modificada com ações educativas destinadas aos ACS, para que estes possam qualificar suas práticas junto à população idosa. **Descritores:** Idoso, Doença Crônica, Agentes Comunitários de Saúde, Promoção da Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los saberes y las acciones de los agentes comunitarios de salud (ACS), relacionados con las enfermedades crônicas no transmisibles (ECNT) en ancianos. **Método:** Estudio cualitativo y descriptivo. La recogida de datos se produjo a través de entrevistas con 20 ACS. Las informaciones se analizaron siguiendo los pasos de análisis de contenido. **Resultados:** Los datos convergieron para la construcción de dos categorías. Una versa sobre el conocimiento para el trabajo de los ACS, y otra, las acciones educativas realizadas por ACS con la población anciana. **Consideraciones finales:** Identificarse las limitaciones en el conocimiento y acciones desarrolladas por ACS en relación con las ECNT en ancianos, la restricción de la atención de enfermedades como diabetes e hipertensión. Esta condición está reflejada en el trabajo de estos profesionales, pero se puede modificar con acciones educativas destinadas a los ACS, para que califiquen sus prácticas a lo largo de la población anciana. **Descriptor:** Anciano, Enfermedad crônica, Agentes comunitarios de salud, Promoción de la salud.

1 Enfermeira, Dra em Gerontologia Biomédica, docente da Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões. Tutora do Grupo PET Enfermagem/Campus Palmeira das Missões. 2 Enfermeira, egressa do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/RS. 3 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente substituta da Universidade Federal de Santa Maria/RS. 4 Enfermeira, Dra. em Enfermagem. Docente do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões/RS.

INTRODUÇÃO

O crescimento populacional de idosos, nas últimas décadas, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, é resultado do aumento na expectativa de vida da população, em consequência da diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade. Além disso, houve melhora na qualidade da atenção ofertada pelos serviços de saúde. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), evidenciam que no entre 2001 e 2011 o número de idosos de 60 anos ou mais de idade cresceu, passando de 15,5 milhões para 23,5 milhões de pessoas. Na estrutura etária populacional, em percentuais, este grupo aumentou de 9,0% para 12,1% no período. Já, o grupo formado por gerontes com 80 anos ou mais de idade alcançou 1,7% da população em 2011, o que correspondeu a cerca de três milhões de indivíduos.¹

Aliado a essas informações, evidencia-se que o contingente de pessoas idosas apresenta demandas diversificadas de serviços e de cuidados, em decorrência das peculiaridades próprias do envelhecimento orgânico e psíquico e, também, do conjunto de doenças que acometem preferencialmente essa faixa etária. Nesse cenário, observa-se que na velhice as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) têm maior incidência.

As DCNT são definidas como morbidades de longo curso clínico, irreversíveis e estão comumente associadas à fragilidade orgânica natural dos indivíduos, acometendo principalmente idosos. O plano de ações do Ministério da Saúde aponta que entre as DCNT mais prevalentes estão às doenças circulatórias (hipertensão arterial, insuficiência cardíaca), endócrinas (diabetes *mellitus*), respiratórias e o câncer. Estas estão atreladas a alguns fatores sociais que contribuem para o seu desenvolvimento, como a desigualdade social, diferenças no acesso aos bens e serviços, desigualdade no acesso as informações de saúde, baixa escolaridade, e os fatores de riscos ambientais modificáveis como: tabagismo, uso abusivo de álcool, falta de exercícios físicos, alimentação inadequada e obesidade. Assim, as morbidades crônicas não-transmissíveis relativas ao avanço dos anos, somadas aos fatores sociais que contribuem para o seu desenvolvimento, constituem, para o Brasil, o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a cerca de 70% das causas das mortes.²

O Ministério da Saúde prevê ações que são essenciais para monitorar o índice de mortalidade pelas DCNT, capacitando as equipes de trabalhadores da saúde, promovendo ações e estratégias de prevenção, promoção e assistência, com definição de indicadores, para monitoramento e procedimentos apropriados às realidades regionais e locais.² Também, houve a criação de programas específicos para atender essa demanda como: atividade física, com a academia popular; antitabaco; alimentação saudável e expansão da atenção primária. Tais intervenções abrangem cerca de 60% da população brasileira, com as equipes atuando em território definido, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência e acompanhamento longitudinal dos usuários. Esses programas são essenciais para a resolutividade do acompanhamento e tratamento dos usuários com DCNT.²

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo assistencial criado pelo Ministério da Saúde para reestruturar a Atenção Básica e o Sistema Único de Saúde (SUS), se constitui em uma proposta positiva para o atendimento individual e coletivo dos usuários, delimitados por seus territórios para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Quanto às Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, a ESF visa atender de forma integral a população, de acordo com a demanda peculiar das principais doenças e as posteriores comorbidades que, também, tendem a aparecer ou que já acompanham a população idosa. A partir da análise de cada território, faz-se necessário uma busca detalhada sobre as DCNT, pois estas comorbidades têm provocado altos índices de adoecimento e morte, em virtude levar meses ou até anos para se manifestar, muitas vezes por serem negligenciadas pelos pacientes idosos, contribuindo para a dificuldade de adesão ao tratamento e mudança na rotina diária.²

Desse modo, a partir da Estratégia de Saúde da Família fez-se necessária a capacitação qualificada e interdisciplinar da equipe multiprofissional, para atender de forma horizontal e integral as necessidades da comunidade. Dentre os profissionais que compõe a equipe da ESF encontram-se o médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde (ACS). O ACS se caracteriza como o elo de aproximação da população aos serviços de saúde. Mesmo, ainda, havendo divergências sobre seu papel específico, em função da diversidade de características exigentes de uma comunidade e a necessária intervenção do ACS, este trabalhador se constitui em um profissional de características multifacetadas.³

A partir de um dos princípios para uma pessoa se tornar um ACS é residir no interior de sua comunidade. Esta característica permite a este profissional compreender as peculiaridades da sua área de atuação a partir do convívio inseparável que mantém com as pessoas, possibilitando trazer para os serviços de saúde a diversidade das necessidades locais. Com as diferentes demandas da comunidade é notória a necessidade da contínua atualização de saberes para que este trabalhador da ESF fortaleça suas práticas de cuidado com a comunidade.⁴

Entre algumas das atribuições específicas do ACS destaca-se: trabalhar com micro áreas (adscrição de famílias em base geográfica definida), cadastrar as pessoas de sua micro área e mantê-las atualizadas, orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, acompanhar por meio de visita domiciliar as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, vigilância à saúde por meio de visitas domiciliares, realizar ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, manter a equipe multiprofissional informada, principalmente a respeito das situações de risco.⁵

Também, cabem orientações quanto às medidas de hábitos saudáveis sobre alimentação, práticas de exercícios físicos, redução/abandono de drogas que malefician a saúde do ser humano. Além disso, orientações sobre o agendamento e rotina de consulta na Unidade Básica de Saúde, busca ativa de usuários faltosos diagnosticados com alguma doença, regularidade e adesão ao uso de medicamentos, a fim de beneficiar um envelhecimento saudável, permitindo que o idoso minimize os efeitos da idade e os agravos decorrentes de uma DCNT.³

As DCNT podem atingir qualquer faixa etária, porém acometem principalmente os idosos e estão associadas a outras doenças como: doença renal crônica, doenças reumáticas e doenças mentais, por terem funções metabólicas diminuídas, redução da capacidade motora agravada pelo avanço da idade e hábitos sociais resistentes a modificações, contribuindo para o declínio da qualidade da saúde.²

Assim, cabe ao ACS detectar, orientar e apoiar os usuários para um melhor cuidado, tornando-se imprescindível mapear e identificar com a equipe de saúde quais são as doenças crônicas mais frequentes no indivíduo/família/comunidade, para que a equipe possa oferecer estratégias e adotar abordagens práticas,⁵ com o fim de qualificar a atenção e, conseqüentemente, aumentar a adesão da pessoa idosa ao tratamento.

A partir das atribuições legais do ACS, é importante sua capacitação por meio de educação permanente em saúde, comumente realizada pelo enfermeiro, o que poderá repercutir na comunidade de forma positiva. Especificamente em relação às DCNT, a partir das informações compartilhadas e aprendidas, o ACS tem condições de socializar as orientações para os usuários, em especial aos idosos, para que estes desenvolvam ações de autocuidado e realizem mudanças nos hábitos de vida, uma vez que são estes sujeitos que apresentam alta prevalência de tais doenças.

O ACS como integrante da ESF e como principal mediador entre a população e a equipe, precisa estar preparado para trabalhar com a comunidade, seja nas visitas, nas orientações ou nos preenchimentos de cadastros. Nesse cenário, identifica-se que este profissional necessita de atualização constante. A educação permanente deve ser entendida como o conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento do profissional, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetiva e eficazmente em seu cotidiano de trabalho.

Considerando o que foi até aqui posto, este estudo tem como pergunta de pesquisa: Quais são os saberes e ações desenvolvidos por ACS referentes às doenças crônicas não transmissíveis em idosos? Centrado nesta questão está o objetivo: analisar os saberes e as ações realizados por ACS relativos às DCNT em idosos.

MÉTODO

Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, com estudo de campo, realizado em um município do Estado do Rio Grande do Sul, o qual conta com uma população, segundo Censo Demográfico do IBGE,⁶ de 34.225 habitantes e, destes, 3.589 (10,49%) tem 60 anos ou mais de idade.

A produção dos dados ocorreu no período de junho a agosto de 2013. Os participantes foram Agentes Comunitários de Saúde, vinculados as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, que possuem a Estratégia da Saúde da Família. Todas as UBS fizeram parte do estudo e nelas localizados os participantes da pesquisa. Destaca-se que no

município, na época de coleta das informações, havia um total de 24 ACS atuantes. Destes, dois estavam em licença saúde, um não compareceu para a entrevista nas datas, horários e locais agendados e um não aceitou participar do estudo. Os critérios de inclusão dos colaboradores no estudo foram: ser Agente Comunitário de Saúde e estar vinculado a uma ESF. Como meio de obtenção das informações foi utilizada a entrevista semiestruturada, com roteiro previamente elaborado, contendo questões de identificação e com pergunta balizadora relativa ao tema: Quais as ações e orientações relacionadas a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em idosos que você desenvolve?

Seguindo esses procedimentos, foram entrevistados 20 ACS, 19 do sexo feminino e um do sexo masculino, na faixa etária de 24 a 51 anos de idade. Em relação à situação conjugal, 13 são casados, cinco solteiros, um separado e um divorciado. Quanto à escolaridade, 14 possuem o ensino médio, três têm curso de graduação concluído e três estão cursando o ensino de graduação. A renda média é de um salário mínimo e meio e o tempo de atuação nessa função oscila de seis meses a 12 anos.

Quanto ao número médio de famílias atendidas por ACS é de 180, com variação de 133 a 265 famílias. Em relação ao número de idosos atendidos pelos ACS, verifica-se que a média é de 64 idosos por profissional, com oscilação de 25 a 130 por área geográfica de abrangência.

De posse das informações subjetivas, estas foram organizadas e analisadas seguindo os preceitos da análise de conteúdo,⁷ que consistiu de três etapas: pré-análise, na qual se organizou e sistematizaram-se as ideias iniciais; exploração do material, em que se realizou a codificação; tratamento dos resultados, a inferência e interpretação, na qual os resultados foram tratados de modo a serem significativos e válidos. Em síntese, a análise identificou os elementos críticos, agrupou e categorizou os relatos conforme sua relevância para a pesquisa.

A pesquisa foi realizada atentando para os aspectos éticos dispostos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.⁸ Para isso, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob parecer substanciado nº 329.255/2013. Para garantia do anonimato os sujeitos foram nominados pelas iniciais ACS, seguidas de um número, não necessariamente na ordem em que foram realizadas as entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura e análise das informações agruparam-se as mesmas por convergência de ideias resultando em duas categorias: a primeira versa acerca da educação permanente como base para a atuação dos ACS e a segunda discute as ações educativas executadas pelos ACS junto à população idosa.

A educação permanente é a base para a atuação dos ACS

Com relação à qualificação de profissionais que atuam na área do envelhecimento humano, observa-se que, dentre os ACS entrevistados, um deles está realizando curso de atualização na área de gerontologia e todos eles já participaram de cursos e/ou eventos com abordagem na área do envelhecimento humano. Um dos pesquisados, ao ser questionado sobre o conhecimento que possui para atuar junto a idosos, reconhece que apresenta limitações, embora já tenha o curso técnico de enfermagem. Também entende que há necessidade de realização de cursos de atualização para qualificar seu trabalho junto à população, em especial, aquela formada por idosos.

Eu acho assim, que ainda falta bastante coisa. O meu conhecimento, nem tanto pela parte de agente de saúde, eu tenho um pouco de conhecimento porque eu tive o técnico de enfermagem, então ali a gente já estudou um pouco sobre os idosos. Mas acho que como agente de saúde, a gente deveria ter bem mais aperfeiçoamento para trabalhar com esse tipo de pacientes, para informar melhor os pacientes (ACS 1).

Outros integrantes da pesquisa mencionam que deveriam receber mais orientações e participar de discussões, para elucidar dúvidas que ocorrem no cotidiano de seu trabalho. Citam como exemplos, os idosos que fazem uso de múltiplos medicamentos e frequentemente, buscam os ACS para esclarecimentos sobre o modo de utilizar. Diante de uma incerteza os ACS procuram esclarecimento junto aos demais profissionais da equipe de saúde, especialmente, para a enfermeira.

Eu acho que é pouco, nós podia ter bem mais orientações. Porque sempre está atualizando e pra nós não é repassado tudo. Todo mês por exemplo. Tinha que ser toda semana na verdade, nas reuniões, ter alguma coisa pra gente pra esclarecer alguma coisa [...]. Os idosos se perdem muito na medicação, eles têm muitos remédios para tomar. Coisa que a gente olhando a receita, consegue orientar. Mas se tem alguma coisa que eu não consiga eu venho pedir para a enfermeira (ACS 3).

Fica evidente, na fala de alguns ACS, a necessidade de continua atualização de saberes, a fim de promover a resolutividade do trabalho. Estes mesmos profissionais indicam o modo e o que abordar caso houvesse educação permanente, contemplando esse contingente de trabalhadores.

Falta mais orientação para a gente melhorar um pouco. Por exemplo, deixar um dia só para tirar as dúvidas ou levantar um tema para trazer para a gente ser orientado. Nunca foi aberto nada para nós. Até foi aberto, mas nunca foi concluído. Por exemplo, uma vez por mês dar uma palestra para a gente. A gente assiste as palestras e aprende bastante (ACS 3).

É pouco, porque capacitação mesmo, até agora a gente não teve. Capacitação sobre doenças crônicas ainda não tivemos (ACS 20).

O importante é você conseguir abordar a família, parar, escutar a família conversar entre ela e você ver o que a família está precisando. Mas muitas vezes, para isso, você tem que saber e ficar

a manhã toda pra poder enxergar tudo, pra poder enxergar a comida (ACS 9).

Os ACS têm o papel de estimular a família a participar ativamente na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Para tanto, o ACS precisa estar preparado para orientar os usuários sobre cuidados com sua própria saúde e, também, com a saúde da comunidade, se constituindo em um sujeito educativo, produzindo conhecimentos, motivando a reflexão e a capacidade de análise crítica, incluindo a prática diária como um dos determinantes de seu aprendizado, na busca de solucionar problemas na comunidade.⁹

Verifica-se, também, que o profissional está disposto a ampliar seu conhecimento com vistas a ofertar um cuidado qualificado. Salienta-se que a oferta de educação por meio de cursos, seminários ou roda de conversa se constitui no meio mais apropriado para a atualização. Quando isso não acontece, alguns dos ACS tendem a buscar esclarecimentos em outras fontes de informações, como a *internet*, fontes estas que, por vezes, podem não ser confiáveis.

A gente nunca tem informação suficiente pra passar. A gente sempre está aberta a ter mais informações (ACS 9).

Então o nível de conhecimento que eu julgo é pouco. Tem mais porque a gente vai buscando na internet (ACS 20).

Eu acredito que de zero a 10, eu estou em 7. Porque se eu não consigo aqui a resposta, eu vou na internet e procuro a resposta. Dai eu procuro fazer o conhecimento.... Acho que a informação poderia ser mais, a prefeitura poderia trabalhar mais, dar mais respaldo (ACS 6).

A contínua atualização de saberes para os trabalhadores da área da saúde por meio da educação permanente é importante uma vez que as mudanças sobre os conhecimentos e práticas ocorrem muito rapidamente. O fenômeno da globalização aliado a rapidez das mudanças que ocorrem no mundo e a educação possibilitam que os indivíduos tenham maior participação nas sociedades modernas. Desse modo, as transformações mundiais requerem atualização contínua dos saberes. Assim, a educação permanente se constitui mola mestra, permitindo que o indivíduo compreenda o que ocorre na sociedade e amplie sua visão de mundo. Quando se trata de profissionais da saúde, a capacitação permanente associa-se com o processo de trabalho, com a finalidade de transformar a prática cotidiana.⁹

Vale destacar que os ACS relatam que, com base no conhecimento que possuem, realizam orientações gerais relativas às DCNT, especialmente diabetes e hipertensão, e nas situações que carecem de informações, buscam nos demais profissionais da equipe de saúde o apoio necessário para a realização de suas tarefas.

A gente não sabe tudo porque são limitadas nossas orientações. O que a gente não sabe orientar, a gente passa para a enfermeira. Qualquer coisa a gente pega o telefone, liga para a enfermeira. Tudo supervisionado, até mesmo porque a gente não pode orientar uma pessoa por nossa conta. Por mais que tenha certeza, mas foi o médico que disse, foi a enfermeira (ACS 14).

A gente orienta alguma coisa sobre o conhecimento que temos. Mais a gente escuta. Orienta a vir na unidade, conversar com a enfermeira, com o médico. Alguma coisa sobre diabetes, sobre alimentação, hipertensão. Para cuidar da alimentação. Essas coisas básicas a gente conversa com eles (ACS 15).

Estudo realizado sobre capacitação de agentes comunitários de saúde aponta que este profissional tem responsabilidades básicas com a comunidade, tais como: localizar e identificar sinais e situações de risco, prestar orientações às famílias e para a comunidade e realizar encaminhamentos à equipe dos casos e situações identificadas que necessitam de acompanhamento. São consideradas ações simples, porém podem resultar em modificações na vida das famílias assistidas.¹⁰

Nesse sentido, observa-se que alguns ACS cumprem parte das atividades que estão sob sua responsabilidade. Porém, o seu trabalho poderia ser mais resolutivo caso possuíssem conhecimentos e domínio acerca de todas as ações que são preconizadas para o exercício de sua função.

A gente passa o que sabe e o que a enfermeira orienta e tenta conversar o mais simples possível. Orientar na alimentação, as coisas básicas (ACS 19).

Só o básico. Muito técnico, de ir mais profundo, não tem. Aqui a gente tem o grupo de hipertensos e diabéticos, que acontece uma vez por mês que também ajuda bastante, eles e nós, porque a gente acaba participando (ACS 4).

Estudo sobre as novas competências dos trabalhadores de saúde em relação ao envelhecimento populacional do Brasil aponta que os profissionais precisam atuar na perspectiva da prevenção e da atenção integral, incluindo os fatores que interferem a estabilidade entre o indivíduo e o ambiente, promovendo a saúde no sentido mais abrangente. Assim, cabe aos profissionais de saúde, observar a mudança no contexto comunitário e oferecer um cuidado especializado aos idosos, incluindo as ações de autocuidado, identificação precoce do agravo da saúde e oferecer reabilitação para que os gerontes continuem no convívio comunitário.¹¹

Quando indagados sobre qual o número de idosos atendidos, os ACS relataram que o número que apresentavam alguma doença crônica não transmissível, era uma média de 58 idosos. Além disso, mencionaram como doenças prevalentes nesta população, o diabetes e a hipertensão. Pequena parte dos entrevistados relatou a presença de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), bronquite, asma, artrite/artrose, osteoporose e cardiopatias. As demais DCNT não foram citadas nas falas dos ACS.

Alguns ACS entrevistados mostram-se limitados quanto ao saber teórico sobre as doenças crônicas não transmissíveis, embora saibam definir, em sua maioria, o conceito de diabetes e hipertensão. Poucos ACS manifestaram ter conhecimento teórico de outras doenças, como câncer, asma, bronquite, DPOC, artrite/artrose, osteoporose ou deficiências cardíacas que, também, comumente, acometem idosos. Identifica-se, nesse estudo, que os entrevistados fazem orientações relativas aos cuidados direcionados à hipertensão arterial e ao diabetes, demonstrando limitação de conhecimento.

Mas no caso, a hipertensão, são os altos níveis da pressão que se elevam, e a diabetes é a glicose que se eleva também. Isso geralmente eles já estão sabendo, muito difícil eles perguntarem pra gente. A gente procura mais orientar mais sobre a questão alimentar, principalmente os diabéticos, porque muitas vezes eles ficam perdidos (ACS 1).

Cuidar da alimentação, não pode comer muita massa, pão, açúcar, usar adoçante. E a pressão alta também, é uma alteração que tem que cuidar no sal, na gordura. Eles acham assim, que tomou um tempo, a pressão regulou e pode parar com a medicação. Eles param por conta. A gente explica que uma vez hipertenso, sempre hipertenso (ACS 4).

Na verdade falta bastante conhecimento sobre as doenças. É uma questão que vai ser desenvolvida com o tempo para gente poder entender bastante sobre as doenças e ter conhecimento na hora de identificar (ACS 15).

Em síntese, pode-se afirmar que os ACS possuem uma série de atribuições, cumprem parte delas, para as quais tem conhecimento e domínio, e sempre que precisam buscam apoio dos demais membros da equipe de saúde. Reforçam que possuem maiores limitações quando se trata de assistir a população formada por idosos, incluindo cuidados de promoção da saúde e prevenção de agravos das DCNT.

Destaca-se que os ACS relatam que uma das formas pelas quais aprimoraram seu conhecimento, para atuar junto a população idosa, é por meio das ações de educação e de extensão desenvolvidas pelos acadêmicos do curso de graduação em enfermagem em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. Essas atividades proporcionaram aprendizado teórico e que, na sequência, conseguiram exercitá-los na prática profissional.

Ações educativas executadas pelos ACS junto à população idosa

As ações de educação em saúde realizadas com os ACS permitem que os mesmos se tornem profissionais qualificados, para desenvolver seu papel junto à população adstrita a sua área de abrangência. Nesse cenário, as atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos, por meio de orientações e esclarecimentos, em especial junto aos idosos, possibilitam que estes sejam sujeitos ativos no controle de suas condições de saúde. Assim, as capacitações oferecidas aos ACS contribuem para melhorar a qualidade das visitas domiciliares, tornarem-se valorizados pela comunidade e coopera para a legitimidade de sua profissão. Isto porque passam a ter maior embasamento teórico na execução de suas práticas profissionais, resultando em maior credibilidade e adesão às medidas preventivas por parte da comunidade idosa.

Até teve um caso de um senhor que me disse que estava tendo uma dor no braço e antes de ele ir consultar eu disse para ele que não queria assustar ele, mas era bom que ele fosse ao médico porque deveria estar com algum problema cardíaco, pelos sintomas que ele vinha me relatando. Depois ele me disse: Bem como tu me disse, eu estava com problema cardíaco mesmo e eu não me preocupei muito. Fui no médico e cuidei a pressão, mas não fui no médico cardiologista que tu mandou.(ACS 12).

A gente vê tanta coisa... porque a gente é um pouco de tudo, porque nós somos orientadoras, psicólogas e médico deles... (ACS 16).

Nos fragmentos das falas evidencia-se que os idosos valorizam as orientações do ACS em relação aos cuidados com sua saúde, uma vez que comumente procuram os serviços ou profissionais quando são encaminhados devido à necessidade de um cuidado especializado ou por apresentarem sintomas mais grave de alguma patologia. A partir disso, nota-se a importância das ações educativas que os ACS repassam para a comunidade e sobre seu aprimoramento contínuo. Isto resulta em satisfação para os profissionais de saúde, uma vez que identificam que seu trabalho contribuiu para melhorar as condições de saúde da população que está sob sua área de abrangência.

Salienta-se que é relevante o desenvolvimento da educação permanente, comumente realizada pela equipe de enfermagem, em especial, pelo enfermeiro, junto aos ACS e a influência que esta tem sobre as práticas e ações de saúde realizadas com a população idosa. Contudo, notam-se limitações nas atividades realizadas por estes trabalhadores em relação às doenças crônicas, pois relatam, em sua maioria, que prestam orientações básicas somente sobre diabetes e hipertensão, como cuidados com alimentação e exercício físico, não incluindo as demais doenças crônicas, que frequentemente acometem idosos.

A gente procura orientar sobre a questão alimentar, principalmente os diabéticos, porque muitas vezes eles ficam perdidos. O que muitos fazem é deixarem de comer, então acabam fazendo uma hipoglicemia, pela falta de não estarem se alimentando. Então a gente sempre está orientando, para eles não deixarem de comer, mas comer em menos quantidade, comer de 2/2 horas, estarem evitando aqueles alimentos muito doces, a gente sempre está orientando eles dessa forma (ACS 1).

Ela é hipertensa e diabética. Teve uma crise essa semana, daí eu vou lá, eu sento, converso, oriento. Se tiver que pesquisar, eu vou lá, pego a folha, escrevo, oriento pra ela comer A com B, C com D e dou (ACS 6).

Até falei pra ele que a berinjela era um legume recomendado para quem tem diabetes (ACS 9).

O trabalho do ACS é complexo, porém com grande potencial. Assim, esse profissional na atenção básica se constitui em peça fundamental, uma vez que ele é o elo entre o serviço de saúde e a população, em que ambos somam forças para enfrentar os problemas de saúde e, especialmente, modificar as condições de vida.¹²

Além das orientações básicas acerca dos problemas de saúde, passadas aos idosos, os ACS também fazem ações de cuidados preventivos, particularmente, em relação a acidentes que podem resultar em quedas.

Oriento cuidados, principalmente com materiais em casa, cuidar o que pode escorregar, machucar, para tomarem cuidado (ACS 8).

Com os idosos a gente tem frisado muito para que retirem os tapetes. Da osteoporose e artrose também, para evitar quedas (ACS 9).

Oriento técnicas para eles não sofrerem tombos dentro de casa. Hoje de manhã eu expliquei para alguns, de colocar o sabonete dentro da meia. Eles gostaram, acharam muito interessante colocar o sabonete dentro da meia porque daí não cai o sabonete para eles tomarem o banho. Eles adoraram. Quando comecei a falar, eles falaram: 'Ai, mas sabe que é bom mesmo!' (ACS 2).

Observa-se que o ACS tem facilidade em identificar os acidentes mais comuns, passíveis de ocorrer no cotidiano dos idosos, que podem causar prejuízos à saúde desta população, uma vez que possuem maior fragilidade e, conseqüentemente, maior dificuldade na reabilitação, pela sua senilidade orgânica.

Outra atitude dos ACS para a promoção da saúde da população idosa é orientar, encaminhar e incentivar estes indivíduos a participarem de grupos, cuja finalidade é realizar discussão sobre temas vinculados ao campo da saúde. Essa prática permite ao idoso obter maior esclarecimento para realizar o autocuidado de sua saúde.

A gente faz grupos aqui de saúde com idosos, hipertensos, diabéticos, passando mais informações a respeito da saúde deles. Como tem que ser o cuidado com a hipertensão, com a diabetes. Os grupos, a gente vai na casa, faz consulta, passa informação, tira dúvidas (ACS 8).

Na pesquisa realizada sobre o que se refere à concepção dos grupos de promoção da saúde para os idosos, estes são definidos como potencializadores da melhora da qualidade de vida dessas pessoas e no fortalecimento do seu vínculo com os serviços de saúde e com a comunidade, principalmente àqueles grupos que são realizados através da ESF. Também se evidenciam por serem capazes de construir vínculos de apoio social, objetivando a promoção de saúde dos gerentes, através dos princípios do SUS.¹³

Cabe destacar, ainda, que a prática do autocuidado é desenvolvida por meio de uma relação dialógica, em que profissionais e pacientes realizam uma negociação partilhada com o objetivo de obter sucesso. Assim, é preciso que os profissionais realizem uma prática com base na interação e no compartilhamento de experiências entre os membros da equipe de saúde, com finalidade de ofertar assistência integral, com valorização do autocuidado, necessário ao bem-estar e desenvolvimento humano.¹⁴

Trabalhar com a população idosa também se constitui em um desafio, pois comumente, apresentam certa resistência para aderir a uma orientação, atividade ou tratamento.

*Eu tenho um idoso na minha área que tem DPOC. Ele ainda é fumante. Daí a gente orienta para parar de fumar. Ele já tem idade elevada, quase 80 anos. A gente já tentou trazer para o grupo, mas não teve sucesso. Ele não quer parar de fumar (ACS 1).
Participar dos grupos de hipertensos, a maioria das vezes eu tento trazer eles, mas é muito difícil. Aquela coisa de estarem vindo, eles não são muito (ACS 2).*

Estudo realizado sobre a dificuldade dos idosos na adesão ao tratamento farmacológico para hipertensão revela que os fatores que mais se destacam para o insucesso são pelo fato de os idosos desconhecem que possui determinada doença, por algumas

vezes esta não manifestar sintomas, dificultando a sua busca pelo tratamento, os problemas emocionais, dificuldade de manuseio com os medicamentos ou de enxergar as instruções passadas, além da falta de recursos para a compra de medicamentos prescritos e os efeitos colaterais advindos das drogas. Colaborando ainda para a dificuldade, se faz necessário um comprometimento do idoso em realizar as consultas periódicas de saúde, seguir corretamente o tratamento, associado a uma mudança saudável no estilo de vida.¹⁵

Neste cenário insere-se o ACS, cujas ações desenvolvidas destacam-se principalmente no que se refere à prevenção de complicações decorrentes de processo de adoecimento já em curso, como a hipertensão e diabetes e orientações relativas a risco de quedas. Também, incluem esclarecimentos acerca da necessidade de inserção em grupos específicos, os quais têm o objetivo de esclarecer e compartilhar informações de cunho educativo e que tenham relação com a saúde.

CONCLUSÃO

A partir deste estudo é possível identificar que há limitação nos saberes e nas ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, junto à população de idosos com DCNT. Também, observar que a hipertensão e o diabetes são as doenças crônicas que a maior parte dos ACS tem como foco de ação e conhecimento. Reduzido número de ACS manifestou conhecer outras doenças, como câncer, asma, bronquite, DPOC, artrite/artrose, osteoporose ou deficiências cardíacas, bem como oferecer orientações de cuidado sobre estas morbidades, que tem alta incidência na população idosa.

Entende-se que as ações centradas na hipertensão e no diabetes possam ser devido ao fato de que os ACS realizam o registro no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) do município. Desse modo, possuem mais informações sobre estas doenças e conhecem o número de idosos acometidos pelas mesmas.

Diante das limitações referentes aos saberes sobre DCNT, os ACS percebem a necessidade da contínua oferta de espaços de educação permanente, para manter-se atualizados e demonstram interesse em ampliar seu conhecimento, tendo em vista o aprimoramento de suas práticas de trabalho, especialmente junto à população formada por idosos. Ainda, mostram-se comprometidos com seu trabalho, uma vez que se esforçam para dar resolutividade às demandas vindas da população idosa, bem como realizam ações de cuidado com estes indivíduos.

Considera-se que as barreiras relativas ao conhecimento dos ACS sobre as DCNT podem implicar negativamente na realização das ações de saúde executadas com a comunidade idosa. Observa-se, também, que este trabalhador, quando se sente inseguro para a execução de suas práticas laborais, busca a ajuda de outros profissionais, mostrando capacidade de identificar suas fragilidades e necessidade de ter mais conhecimento para cumprir com suas atribuições, especialmente junto à população idosa.

Neste viés, o trabalho do ACS pode ser qualificado a partir de ações de educação em saúde e ser realizada pelo profissional enfermeiro, o qual possui conhecimento sobre as DCNT e está capacitado para instruir os ACS nas ações e orientações de cuidados com a comunidade idosa. Desse modo, os ACS têm a possibilidade de ampliar seus saberes, fundamentando, assim, suas práticas e o cuidado prestado à população idosa, contribuindo para que a mesma torne-se mais ativa e realize o cuidado de si.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2012 [citado 06 maio 2013]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv62715.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde. Brasília - DF, 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 1886, de 18 de dezembro de 1997. Institui o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família como importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde [On line]. Diário Oficial da União 22 dez 1997 [citado 06 maio 2013]. Disponível em: <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/pdf>.
5. Macedo JBPO, Melo RM, Brito RS. Refletindo sobre o cuidar: enfoque na compreensão e vivência de agentes comunitários de saúde. R Pesq: cuidado é fundamental [On line] 2012 [citado 10 dez 2013];4(1):2831-40. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1644/pdf_564.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010. [citado 12 dez 2013] 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431370>.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução CNS 196/96. Bioética 1996; 4 Suppl:15-25.
9. Guimaraes PEM, Martin HS, Rabelo PFC. Educação permanente em saúde: reflexões e desafios. Cienc Enferm [On line] 2010 [citado 02 dez 2013];16(2):25-33. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000200004&script=sci_arttext
10. Cardoso FA, Cordeiro VRN, Lima DB, Melo BC, Menezes RNB, Moulaz ALS, et al. Capacitação de agentes comunitários de saúde: experiência de ensino e prática com alunos de Enfermagem. Rev bras enferm [On line] 2012 [citado 10 dez 2013]; 64(5):968-73. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a26v64n5

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Redes estaduais de atenção à saúde do Idoso. Guia operacional e portarias relacionadas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília - DF. 2002.
12. Pinto AAM, Fracoli LA. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. Rev Eletr Enf [On line] 2010 [citado 02 dez 2013]; 12(4):766-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7270>.
13. Tahan J, Carvalho ACD. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. Saude soc [On line] 2010 [citado 02 dez 2013]; 19(4): 878-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/14.pdf>
14. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Access, educational practice and empowerment of patients with chronic diseases. Cienc Sau Col [On line] 2012 [citado 02 dez 2013]; 17(11):2923-30. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a08.pdf>>
15. Pinheiro MBG. Dificuldade de adesão do idoso ao tratamento farmacológico para hipertensão arterial. [Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, 2009.

Recebido em: 28/02/2014
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 29/10/2014
Publicado em: 01/04/2015

Endereço de contato dos autores:
Marinês Tambara Leite
Rua Floriano Peixoto, 776 - Centro. 98700-000 - Ijuí/RS/Brasil.