

**PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC/SP**

Márcia Aparecida de Almeida Vieira

**RE-CONHECENDO O ENVELHECER PELAS PRÁTICAS DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM DIAMANTINA: POLÍTICAS E
CONTEXTO HISTÓRICO**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

São Paulo

2008

**PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC/SP**

Márcia Aparecida de Almeida Vieira

**RE-CONHECENDO O ENVELHECER PELAS PRÁTICAS DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM DIAMANTINA: POLÍTICAS E
CONTEXTO HISTÓRICO**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do Título de Mestre em Gerontologia, sob a orientação da Prof^a Dr^a Beltrina Côrte.

SÃO PAULO

2008

Banca Examinadora

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Dissertação por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura: _____ **Local e Data:** _____

DEDICATÓRIA

Elevo os olhos ao céu, e rendo graças a Ti, Senhor, o “Grande Eu Sou”, por conceder-me o dom da vida, o prazer de cantar louvores e a certeza de mesmo nas adversidades sentir a Tua presença.

A você, Thiago, meu filho, amigo e grande motivador. Parte deste mérito lhe pertence, pela torcida contínua e pelo amor incondicional a mim dedicado, pela compreensão por tantas idas e longos dias de ausência.

Maria, minha querida mãe, e minhas irmãs, por acreditarem e esperarem sempre o meu melhor.

Dr^a Beltrina Corte, pela capacidade de estimular no pesquisador a busca pelo crescimento e qualificação do profissional, por seu brilho no olhar dizendo: você pode mais!

Dr^a Rosana Cambraia e Nadja Murta, por fazerem brotar em mim o “ser e agir como águia, sonhar alto... sonhar sempre”.

Aos Agentes Comunitários de Saúde de Diamantina, e em especial à Sandra Sálema, pela ajuda na construção deste estudo.

Meu “Paistor” Milton, amigo, irmão, companheiro, grande conselheiro e motivador, juntamente com os irmãos da Peniel, que todo o tempo estiveram presentes em oração e no coração.

Ao grupo Jequi, pela amizade sincera, parceria, respeito e cuidado. Com vocês aprendi o real sentido da palavra equipe.

Aos colegas da UFVJM, pelo incentivo.

À CAPES, por investir na pesquisa e promover a realização deste trabalho.

E, finalmente, à cidade de Diamantina, por sua beleza incomparável, fonte de inspiração e crescimento profissional.

....Para alcançar tem que confiar de todo coração, para vencer é preciso usar as armas da fé.

Para prevalecer você tem que resistir, no poder do Senhor, crer sem duvidar, a palavra declarar, para ver acontecer.

(Ludmila Ferber)

RESUMO

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Cuidadores; Idosos; Gerontologia; Programa de Saúde da Família.

O presente trabalho aborda o contexto histórico do Programa de Saúde da Família em Diamantina, Minas Gerais, localizada no Vale do Jequitinhonha. Inicialmente traça o perfil do agente comunitário de saúde e posteriormente relata as dificuldades enfrentadas pela única agente comunitária de saúde que participou de toda a trajetória do processo desse grupo profissional, enfrentando as mudanças políticas. E, sem qualquer tipo de capacitação específica, desenvolve atividades com os idosos e seus cuidadores, que passam pelo processo de envelhecimento. No estudo discute-se a expectativa de transformar o comportamento dos jovens para, no futuro, haver a certeza de que também receberá esse cuidador a mesma dedicação e o mesmo respeito com que trata atualmente os idosos de sua área de abrangência.

ABSTRACT

Key-words: Program for Family Health, Community Health Agent; Caregivers; Elderly; Gerontology.

This paper covers the historical context of the Family Health Program in Diamantina, Minas Gerais State, located in the Jequitinhonha Valley, Brazil. Initially the profile of community health agent was investigated and was reported the difficulties faced by a single agent that participated in whole trajectory of the process of this professional group, facing political changes, without any specific training, and developing activities with the elderlies and their caregivers, that are also through their own process of ageing. In this study we discuss the expectation of changing the behavior of younger people, expecting in the future, to have also their own care with the same dedication and respect that they care actually for the edearlies in the covering area.

SUMÁRIO

	Página
I- Introdução	11
II- O Envelhecimento	16
III- A Atenção à Saúde	21
A - A Política Nacional da Saúde da Pessoa idosa: Criação e Contexto Histórico	24
B - Estratégia da Saúde da Família	27
C - O Agente Comunitário de Saúde	29
▪ Contexto histórico do Agente Comunitário de Saúde em Diamantina.	31
▪ Importância da Educação para Cuidar de Idosos	32
IV- Metodologia	37
▪ Uma breve caracterização do Vale do Jequitinhonha	38
▪ A investigação	41
▪ O fazer do Agente Comunitário de Saúde	44
V- Considerações	57
VI- Referências Bibliográficas	61
VII- Apêndice	67

I. INTRODUÇÃO

O conhecimento é orgulhoso por ter aprendido tanto; a sabedoria é humilde por não saber mais. William Cowper, 1779.

Sinto muito que hoje as crianças percam tanto tempo diante do computador com jogos ou assistindo à televisão, e não tenham a oportunidade de viver uma infância como a que tive. Naquele tempo podíamos andar na rua sem medo e brincar nos quintais das casas sem o risco de encontrar uma bala perdida.

Pude crescer junto com meus irmãos e primos, subindo em árvores para colher manga, soltar pipa, brincar de pique. Uma grande oportunidade que ainda lembro com saudades é a que tive com meu bisavô, avô do meu pai, que contava histórias do tempo de menino durante a escravidão, e de suas peraltices.

O gosto pelo estudo deve estar no sangue, pois minha mãe conta que seu pai, quando morreu, ainda estudava. Quando disse a ela que estava escrevendo este texto e narrava a respeito do meu avô, me relatou que ele morava no Rio de Janeiro e estudava em São Paulo. Várias vezes o viu dormir sentado enquanto estudava, tamanho o cansaço. Ironicamente a história hoje se repete.

Ver o nome aprovado no vestibular trouxe um misto de alegria, realização, vitória e certeza de longa caminhada a percorrer.

Durante o curso de graduação continuei meu trabalho em horário noturno na clínica, certamente um fator que dificultava minha desenvoltura acadêmica, mas não impediu que a professora Aldozinda percebesse e me incentivasse a fazer o mestrado, pois dizia que eu possuía perfil para a docência.

Como sempre gostei de desafios, deixei de trabalhar em uma unidade de terapia intensiva de uma grande cidade e fui trabalhar em uma unidade de Saúde, em São Gonçalo do Rio Preto, 80 quilômetros ao norte de Diamantina.

Realmente foi um choque sair de um lugar onde dispunha de toda a tecnologia. Passei a aprender e conhecer a realidade da Saúde pública precária, no Vale do Jequitinhonha (minha verdadeira escola).

Ali vivi a realidade que na faculdade me foi apresentada pelos livros. Lidei com pessoas carentes de informação e de recursos. Entendi que teria muito trabalho pela frente...

Logo no início descobri que a política na cidade pequena é diferente. A participação da comunidade existe às vezes enfaticamente. No entanto, as relações ocorrem de forma cruel, pois os votos são trocados por benefícios. Foi um período curto, mas a experiência muito me valeu. Afinal, era uma pessoa estranha, com novas idéias. E como dizem sempre que os mineiros são desconfiados...

Precisei lutar para conquistar espaço e respeito. Acredito que foi até prazeroso, porque hoje, quando lá chego, encontro sempre café quentinho ou um molho pardo servido à mesa dos amigos que conquistei.

Assim que cheguei a Diamantina, estava acontecendo, à noite, um curso para auxiliar de enfermagem, e acabei assumindo pela primeira vez a condição de ensinar aquilo que bastante conhecia: “o cuidar”.

Fui aprovada em 2002 para a disciplina de Bases Técnicas da Assistência, agora nas então Faculdades Federais Integradas de Diamantina (FAFEID), e em novo concurso, em 2003, como professora auxiliar I, pela mesma instituição, nas disciplinas de Enfermagem Médica na Saúde do Adulto e Saúde do Idoso.

Ainda como coordenadora de Vigilância Sanitária, me foi oferecida a oportunidade de fazer a primeira capacitação para agentes comunitários de saúde, quando o Programa de Saúde da Família (PSF), em nossa realidade, era considerado pelos gestores municipais como “utopia”.

Foi uma grande experiência, porque percebi o quanto difundir conhecimentos me realizava.

Aprendi ainda que o tempo cronos é uniforme. Daqui a pouco envelheço e esqueço tudo o que sei. Portanto, não poderia guardar o meu conhecimento e utilizá-lo somente com o paciente. Precisava repassá-lo.

Tenho minha emoção à flor da pele, e deveria tentar fazer os alunos entenderem o sentido do cuidar, sem a falsa impressão de que enfermagem é apenas sacerdócio ou exercer caridade, mas sim compromisso real com o outro.

Buscando melhor qualificação profissional, realizei o curso de Especialização em Saúde Pública, pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em 2000.

Nunca poderia imaginar que alguns alunos das primeiras turmas da enfermagem na FAFEID tornar-se-iam colegas no Departamento de Enfermagem alguns anos depois.

Envolvida com essa questão e trabalhando com cuidadores, tenho me preocupado com seu bem-estar e a satisfação na realização de suas tarefas, pois acompanhei e presenciei o quanto é difícil se dedicar à assistência acrescida de carinho, afetividade e respeito, quando o que lhe falta é justamente a competência técnica.

Como professora na instituição, responsável pela disciplina Saúde do Idoso, busco conscientizar os acadêmicos para uma visão mais humanizada no atendimento ao idoso. Como atuará coordenando equipes de saúde, o enfermeiro deve estar preparado para gerenciar e estimular a educação continuada de sua equipe.

Como participante do grupo Jequi¹, desenvolvemos pesquisa sobre fatores de risco para doenças cardiovasculares e a condição ambiental nas comunidades rurais.

Busquei sempre ampliar meus conhecimentos em relação às reais necessidades de uma população visando à integração da Universidade, para exercer seu real papel

¹ O Grupo Jequi é um grupo de pesquisa certificado pelo CNPQ (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) desde 1999, pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Constituído por equipe multiprofissional, desenvolve pesquisa na área social e saúde coletiva. A partir desse grupo vários projetos vêm sendo criados, como o Jequi Coração e Jequi Saneamento Ambiental, com as seguintes linhas de pesquisa: prevenção de abuso de drogas, promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, saneamento ambiental, saúde do idoso e sistema de informação geográfica.

no contexto social. Ou seja, “derrubar o muro invisível e impenetrável construído através de gerações ao redor da instituição”. Afinal a comunidade mantém as portas abertas e o serviço funcionando com o pagamento de impostos.

Ser selecionada para o mestrado em gerontologia foi especial. Recebi o resultado justamente na casa de um idoso. Ele me abraçou e comemorou comigo a vitória, e disse que sabia o quanto isso era importante. Quanta sabedoria...

Tudo precisou ser mudado em minha vida. Primeiramente a liberação na universidade e o apoio de alguns colegas, apesar de não entenderem por que gerontologia e em São Paulo.

Desejo não “apenas” o título de mestre, mas qualificação para melhor trabalhar a disciplina com os alunos na Saúde do Idoso. Compreender de modo mais eficiente essa etapa da vida.

Estudar o atendimento prestado pelo Agente Comunitário de Saúde de Diamantina no trabalho do PACS (Programa de Agente Comunitário de Saúde) com o idoso desde a sua fase de implantação, é o objetivo geral desta pesquisa. Outro foi acrescido: levantamento do perfil atual do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Espera-se com esta investigação contribuir para a melhoria da assistência prestada ao idoso.

Relatar essas emoções no texto e estudar o atendimento prestado pelo Agente Comunitário de Saúde de Diamantina no trabalho do PACS com o idoso desde a sua fase de implantação, indiretamente incentivam os profissionais de saúde a serem mais sensíveis para ouvir e cuidar dos idosos. Com maior comprometimento e respeito ao processo de envelhecimento. E os idosos a acreditarem em melhor qualidade de vida a partir de mudanças de hábito e conscientização para o resgate de sua cidadania.

II - O ENVELHECIMENTO

“Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentada. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência. Boff, 1999.

O envelhecimento pode ser entendido como resultado de ação cronológica do tempo e da experiência vivida pela pessoa. Deve ser ressaltada a questão da cidadania por envolver um processo histórico sobre a construção de direitos alcançados por meio de muita luta. (MORETTI, 1998)

O processo biológico, no envelhecimento apresenta-se em cada idoso de modo singular. Se for quantificado o envelhecimento através dos decréscimos da capacidade de cada órgão, a velhice poderia ser interpretada como etapa de “falência” e “incapacidade”. No entanto, o processo natural é previsto na evolução dos seres vivos, e as pessoas não ficam incapacitadas porque envelhecem. A pessoa não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade. A velhice não deve ser considerada “doença”, pois as doenças mais comuns nessa etapa da vida podem ser prevenidas, diagnosticadas e tratadas.

O fenômeno do envelhecimento populacional corresponde a uma dimensão fundamental na sociedade, que atualmente busca desenvolver perspectivas para o futuro do processo de envelhecimento humano a partir do conceito de curso da vida e considerando o cenário atual. (PRADO, 2006)

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

Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida, por meio de escolhas e circunstâncias. O

preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto ao fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo.

A Organização das Nações Unidas (ONU) assinala o período de 1975 a 2025 como a era do envelhecimento, dado o crescimento marcante da fração de indivíduos considerados idosos, com idade equivalente ou superior a 60 anos. (CANÇADO, 1994)

Em relação ao Brasil, Chaimowicz (1997) considera que a população de idosos crescerá 16 vezes, contra cinco vezes o crescimento da população geral, em termos absolutos, em 2025. Isso significará a sexta maior população de idosos do mundo, ou seja, 32 milhões de indivíduos idosos.

Alguns estudos sobre o envelhecimento realizados em diferentes culturas são utilizados como exemplos da variedade de formas de envelhecer e de experiências relativas ao envelhecimento, levando à distinção de dois tipos de elementos que influenciam o processo: os intrínsecos ao envelhecimento biológico e os relacionados às características do indivíduo, à dinâmica social e às políticas públicas vigentes na sociedade em questão. (UCHOA, 2003)

De acordo com Pereira (2003:193):

O envelhecimento, considerando-se que está presente em todos os seres vivos e é representado pela passagem cronológica dos anos e por mudanças particulares vivenciadas pelo indivíduo num contexto unitário e macro, tem neste a personificação de termos sobre a sua condição física e social.

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que ocorrem, elas redescubram possibilidades de viver com a máxima qualidade possível. Hipótese que cresce à medida que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. (BRASIL, 2006)

Os cuidados a uma pessoa idosa devem visar à manutenção de seu estado de saúde, com expectativa de vida ativa, junto aos familiares e comunidade, com independência funcional e máxima autonomia possível. (SILVESTRE, 2003)

É imprescindível ao Brasil investir em profissionais qualificados para a melhoria da qualidade da assistência prestada à população. Porém, em relação ao processo de envelhecimento, não se tem a pretensão de preparar profissionais na área de saúde para esse tipo de serviço, pois, com o aumento da população, haverá defasagem indefinida. Por outro lado, a cultura da valorização e o uso indiscriminado de medicamentos (muitas vezes desnecessários) agravam a situação.

A tecnificação do serviço de saúde é o responsável principal por esse tipo de acontecimento. O profissional passa a depender mais dos equipamentos e menos dos seus sentidos para diagnósticos, esquecendo-se até mesmo de permitir que a pessoa fale de suas angústias e preocupações.

A inversão do modelo de assistência à saúde enfatiza a necessidade de efetivamente trabalhar com a atenção primária. No entanto, as universidades têm formado profissionais de saúde ainda com a visão hospitalocêntrica, deixando relegada a plano inferior atividades que certamente influenciariam a nova prática do serviço de atendimento à população.

Os investimentos na qualificação e no preparo de pessoas que atuam atendendo diretamente à população idosa implicarão impactos relativos a reduções significativas de quadros de enfermidades que podem ser prevenidas e hospitalizações sucessivas.

Envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde.

A meta final que envolve a pessoa idosa deve ser atenção à saúde adequada e digna, principalmente à parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impuseram sérias limitações ao bem-estar e ao exercício da cidadania.

O grupo dos idosos denominado "terceira idade" vem aumentando consideravelmente, o que justifica ser imperiosa a atenção especial de quem se envolve com o desenvolvimento de projetos que promovem a relação do idoso com a qualidade de vida.

Alguns autores discutem a preocupação com o aspecto social do envelhecimento, e apresentam o problema com a seguinte visão:

A preocupação com os idosos torna-se cada vez mais necessária, visto que a idade vem se constituindo cada vez mais um fator de discriminação social. O envelhecimento interfere no relacionamento social do idoso devido a fatores psicofísicos e de natureza sociocultural desenvolvendo um processo de desvalorização e subestima. (MURAD, 2004: 2)

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que ocorram, elas redescubram possibilidades de viver com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na proporção em que a sociedade considera o contexto familiar e social, e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. (BRASIL, 2006)

O Brasil busca adequar-se à nova realidade da transição demográfica e assumir a responsabilidade social, pois o sistema de saúde ainda não se encontra adequado para a resolução dos problemas advindos com o envelhecimento. Um dos maiores a serem enfrentados pelos idosos é a aposentadoria. Após anos de contribuição, recebe-se salário que sequer consegue pagar os medicamentos necessários.

III - A ATENÇÃO À SAÚDE

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Portanto, saúde não tem a mesma conotação para todas as pessoas. Dependerá da época, lugar e classe social, de valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas.

O conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), divulgado em carta de princípios no então Dia Mundial da Saúde², implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na sua promoção e proteção, enfatiza que "Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade".

O conceito reflete a aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo. Um conceito útil para analisar os fatores que intervêm na saúde, e sobre os quais a saúde pública deve, por sua vez, intervir, é o de campo da saúde (health field), formulado em 1974 por Marc Lalonde. De acordo com esse conceito, o campo da saúde abrange:

- A biologia humana, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento;
- O meio ambiente, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho;
- O estilo de vida, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios;
- A organização da assistência à saúde. A assistência médica, serviços ambulatoriais e hospitalares, e os medicamentos são os primeiros itens nos quais muitos pensam quando se fala em saúde. No entanto, esse é apenas um componente do campo da saúde, e não o mais importante; às vezes, é

² Comemorado no dia 7 de abril, é usado para alertar o público sobre os principais problemas de saúde pública, fundamentado no direito do cidadão à saúde e na obrigação do Estado na sua promoção.

mais benéfico para a saúde ter água potável e alimentos saudáveis do que dispor de medicamentos.

O conceito de cuidados primários de saúde tem conotações. É uma proposta racionalizadora, mas também é proposta política; em vez da tecnologia sofisticada oferecida por grandes corporações, propõe-se tecnologia simplificada.

Por este motivo, a Constituição Federal de 1988, no artigo 196, evita discutir o conceito de saúde, mas assinala: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação". Este é o princípio que norteia o Sistema Único de Saúde (SUS). Definição que colabora para desenvolver a dignidade dos brasileiros, como cidadãos e seres humanos.

Conforme Rowe e Kahn (1997), nos anos 90 o termo envelhecimento bem-sucedido se populariza, no campo gerontológico, identificando estratégias que incrementem a proporção da população idosa que bem envelhece.

No Brasil, nos anos 90, afirmou a Declaração de Brasília sobre Envelhecimento:

O envelhecimento é um processo normal, dinâmico, e não uma doença. Enquanto o envelhecimento é um processo inevitável e irreversível, as condições crônicas e incapacitantes que freqüentemente acompanham o envelhecimento podem ser prevenidas ou retardadas, não só por intervenções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais. (BRASIL, 1996, p.1)

Na definição, envelhecimento bem-sucedido é mais do que ausência de doença e manutenção da capacidade funcional. Ambas são importantes, mas a combinação com o engajamento ativo e com a vida melhor representaria o conceito. Como exemplificam os autores, capacidades cognitivas e físicas são potenciais para as atividades, pois dizem o que uma pessoa pode fazer e não o que ela faz.

A concepção proposta vai além do potencial de atividade, seja no plano das relações interpessoais, que envolve contatos e transações com outros, intercâmbio de informação, suporte emocional e assistência direta. (ROWE; KAHN, 1997)

Segundo Silva (2008), a manutenção da saúde e da autonomia na velhice, identificada como boa qualidade de vida física, mental e social, é o horizonte desejável para se preservar o desenvolvimento. É também a perspectiva para reduzir o impacto social que cerca as questões extremamente complexas e delicadas relativas ao cuidado ao idoso dependente. Por essas e outras motivações demográficas e socioeconômicas, a promoção da saúde tem sido destacada no eixo das políticas contemporâneas na área do envelhecimento.

A promoção do envelhecimento, assumida pela Política Nacional de Saúde do Idoso, enfatiza o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e indivíduos em processo de envelhecimento quanto à importância de melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida.

A - A Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa: Criação e Contexto Histórico

Com a Constituição Federal, em 1988, conquistou-se o direito universal à saúde, reafirmado com a criação da Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90: acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos.

A reafirmação desses direitos aconteceu com a criação da Lei nº 8142/90, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e transferências de recursos financeiros na área de saúde.

A Política Nacional de Saúde do Idoso foi criada em 1994, através da Lei 8.842 com o objetivo de investir na promoção do envelhecimento saudável³ e na manutenção da máxima capacidade funcional⁴ do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível, significando a valorização da autonomia ou autodeterminação e a preservação da independência física e mental do idoso. Tanto as doenças físicas quanto as mentais podem levar à dependência e, conseqüentemente, à perda da capacidade funcional. (BRASIL, 2003)

Instituída em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (BRASIL, 2000)

Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais para promoção de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial é criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo para reorganização da prática assistencial, impulsionando nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo vínculo com a comunidade, visando humanizar práticas voltadas à vigilância na saúde (Brasil, 1994), denominando-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em 2003, o Congresso Nacional e a Presidência da República sancionam o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos e dos mesmos. Amplia-se a resposta do Estado e da sociedade às

³ Resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência de vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica.

⁴ Definida pela ausência de dificuldades no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana. Os conceitos fazem parte de um sistema de Classificação Internacional de Comprometimento, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH), da World Health Organization (WHO).

dificuldades da população idosa, mas não traz meios para financiar as ações propostas.

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja reconhecida nacional e internacionalmente como bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família, que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social, e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Em fevereiro de 2006 foi publicada a Portaria nº 399, com diretrizes do pacto pela saúde, que contempla o pacto pela vida. A saúde do idoso destaca-se como uma das seis prioridades das esferas de governo, apresentando algumas diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vêm sendo, nesses programas, segmento efetivo do trabalho em saúde, representando novos atores nos cenários da assistência e na educação em saúde. Atualmente, quase todas as ações da atenção primária são de responsabilidade das equipes de saúde da família. (MURTA, 2005)

A Equipe de Saúde da Família (ESF) está alcançando extensão de cobertura cada vez maior, transformando-se em estratégia fundamental para o desenvolvimento da atenção básica no Brasil. O impacto causado nos indicadores de saúde tem se mostrado muito marcante. A cobertura em termos de números de equipes passou de 8,6 mil no ano de 2000 para 26 mil em junho de 2006. (BRASIL, 2006)

Na ESF, o cuidado comunitário com o idoso baseia-se, especialmente, na família e na atenção básica de saúde, na área de abrangência do programa. No contexto do programa de saúde da família, destaca-se o trabalho dos profissionais de saúde voltado à assistência integral e contínua de todos os membros da família, sem perder o contexto social e familiar.

Em relação aos idosos, os profissionais devem ter de forma clara a importância da manutenção da sua integridade, também em sua rotina, tendo como fatores fundamentais o equilíbrio físico e mental.

A compreensão do envelhecimento como processo benigno e não patológico deve ser a visão geral da equipe que atua na atenção básica. Entretanto, não deve perder de vista que os agravos físicos, emocionais e sociais ocorrem com o passar do tempo, e conseqüentemente o trabalho de educação em saúde e consultas freqüentes precisa ser valorizado e incentivado como prática de vida nas comunidades.

Contudo, se quiser que o envelhecimento seja experiência positiva, a vida mais longa deve ser acompanhada de oportunidades de saúde, participação social, segurança e garantia de continuar sendo útil e produtivo. Para isso, é importante educar e preparar a população para o envelhecimento; conscientizá-la sobre as mudanças biológicas e psicossociais decorrentes, disponibilizando informações e oferecendo meios que subsidiem as transformações à busca consciente de uma vida melhor e com qualidade. O indivíduo idoso poderá aprender a superar as dificuldades e se adaptar às mudanças e às crises do processo de envelhecimento.

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que ocorram, elas redescubram formas de viver a vida com qualidade. Essa possibilidade aumenta quando a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. (BRASIL, 2006)

B - Estratégia da Saúde da Família

O PSF, um "programa" brasileiro, começou no início da década de 90, com repercussão significativa, principalmente na região Nordeste. Parte de uma proposta de ação que envolve as três esferas de governo, ora distintas, ora complementares, com ênfase na resolutividade dos problemas sociais e de saúde no país, propiciando a reorganização das políticas e ações de saúde.

Em 1993, o Ministério da Saúde reúne coordenadores com experiências em Atenção Primária à Saúde, voltada à comunidade e família, para discutir a reorganização dos serviços básicos de saúde. A proposta do Programa de Saúde da Família (PSF) é apresentada, centrando sua responsabilidade na equipe de saúde articulada ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visando à promoção da saúde.

O PSF, em suas diretrizes centrais, busca a integralidade da assistência⁵ através do envolvimento responsável de todos os agentes de saúde, tendo por base o conhecimento da clientela na adstrição territorial, a forma de pensar a atenção aos usuários nos aspectos promocionais, preventivos e de recuperação da saúde. Tem como objetivo uma resolutividade maior das demandas que chegam à equipe de saúde, visando à integração dos serviços de saúde e equipamentos sociais presentes na área de abrangência (CORDEIRO, 2000). Sua equipe é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

O PSF apresenta-se como uma nova maneira de trabalhar em saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção. (ROSA & LABATE, 2005)

Uma das responsabilidades do PSF é a atenção à saúde do idoso. Para tanto, cabe a esses profissionais da rede básica voltar suas atenções a essa população, a fim de promover a saúde e prevenir agravos.

Programas de promoção à saúde do idoso nos municípios brasileiros são cada vez mais requeridos em face das demandas crescentes do envelhecimento populacional. A partir da elaboração de um curso destinado a Cuidadores de Idosos, implementado por uma equipe multiprofissional da Universidade Federal dos Vales

⁵ artigo art. 7º, II, da Constituição Federal, reza que a integralidade de assistência é o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM, 2006/07), observou-se que apesar desse crescimento, os ACS ainda não percebem a importância no seu papel no contexto social. A busca da autonomia pelos ACS traz como grande desafio a aplicação de práticas, ressaltando a sua participação e valorização do trabalho na atenção qualificada de atendimento ao idoso.

É vital ampliar a consciência sobre o envelhecer e os recursos para a manutenção da saúde no processo de envelhecimento, ao mesmo tempo fortalecendo e instrumentalizando a população em sua luta por cidadania social. O desenvolvimento de habilidades pessoais e o reforço da ação comunitária são campos centrais da promoção da saúde, que compõem com os demais um conjunto integrado de estratégias individuais e coletivas para se alcançar maior saúde e bem-estar.

C - O Agente Comunitário de Saúde

A profissão de ACS foi criada pela Lei nº 10.507/2002, e seu exercício seriam exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde. O ACS, segundo a lei, é parte integrante da equipe e desenvolve atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde nos domicílios e coletividade, com extensão e acesso às ações de serviços de informação e promoção social e de proteção da cidadania. (BRASIL, 2002)

Essa concepção da formação busca caracterizar a elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional para possibilitar o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de interagir com os usuários, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas de seu trabalho.

O Ministério da Saúde reconhece e valoriza a formação dos trabalhadores em documentos como componente para o processo de qualificação da força de

trabalho, a fim de contribuir decisivamente para a efetivação da política nacional de saúde.

Os Agentes Comunitários de Saúde são, nesses programas, segmento efetivo do trabalho em saúde, representando novos atores nos cenários da assistência e na educação em saúde. Atualmente, quase todas as ações da atenção primária são de responsabilidade das equipes de saúde da família. (MURTA, 2005)

Compete ao ACS, no exercício de sua prática, a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho. Promove ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação popular em saúde a partir da concepção de saúde como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde, interagindo em equipe de trabalho e com os indivíduos, grupos e coletividades sociais.

Entre as atribuições dos ACS, segundo o Caderno de Atenção Básica no Atendimento à Saúde da Pessoa Idosa, destacam-se:

- Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter o cadastro atualizado.
- Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme seu manual de preenchimento específico.
- Identificar e encaminhar o idoso frágil à Unidade de Saúde.
- Realizar visitas domiciliares às pessoas idosas conforme planejamento assistencial, dando prioridade às frágeis ou em processo de fragilização.
- Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito dos idosos frágeis.
- Estar em contato permanente com as famílias.
- Avaliar condições de risco de quedas observáveis no domicílio.

No entanto, observa-se com frequência a dificuldade do agente de saúde em trabalhar, tendo uma agenda com metas e atividades expressas a serem cumpridas. É impedido de usar a criatividade para exercer ações preventivas de saúde, quando

colocaria em prática a proposta do programa, tornando-se apenas mais um na “busca a pessoas doentes”.

Contexto histórico do ACS em Diamantina

O PSF foi implantado no município de Diamantina no ano de 1997, com a proposta inicial de duas equipes. A solicitação partiu da coordenação estadual da Secretaria de Saúde, com a participação da Diretoria Regional de Saúde de Diamantina.

Uma equipe multiprofissional desenvolveu a primeira oficina de capacitação para os Agentes Comunitários de Saúde com a duração de 90 horas, com a participação de municípios vizinhos, nos quais também havia a fase de implantação do programa.

O trabalho foi desenvolvido em dinâmicas. Os agentes mostraram-se bastante motivados em exercer o novo papel como sujeitos de mudança, preconizado pelo governo com o slogan “agente em ação⁶”.

Em estudo anterior, Murta (2005), ao levantar o perfil do agente comunitário de saúde, constatou a importância de um trabalho envolvendo o profissional em relação a informações junto ao cuidador e ao idoso. No entanto, na profissão, apesar de regulamentada por lei, e apesar de o município receber incentivos pela contratação, e estar diretamente vinculada a ações políticas, há alta rotatividade entre as pessoas que exercem a função.

Em recente pesquisa com um grupo de ACS em Diamantina, percebeu-se que esse profissional, apesar de já estar atuando com idosos, não recebe nenhum tipo de capacitação, desconhece o Caderno de Atenção Básica e o Programa Nacional de Saúde dos Idosos. Além disso, a visão biomédica persiste no atendimento aos idosos em todos os segmentos profissionais que atuam na área. (MURTA, 2005)

⁶ Programa desenvolvido a partir de fitas de vídeo visando uniformizar as informações repassadas para os agentes comunitários durante a capacitação em todo estado.

Em junho de 2007 ocorreu a mudança do quadro de agente comunitário de saúde no município de Diamantina, por causa do término do contrato. Com isso mudou-se o perfil. Mas qual, entretanto, passou a ser esse perfil?

A importância da educação para cuidar de idosos

A experiência empírica da pesquisadora, também docente, a leva a dizer que cabe a todos que lidam direta ou indiretamente com idosos estar atentos à permanente necessidade de capacitação e formação de seus profissionais. A atenção básica à saúde da população tem que ser competente, humanizada e resolutiva, realidade possível e desejada por gestores, docentes, profissionais e, acima de todo, pela população.

A formação básica na graduação no Brasil, fundamental para a adequada execução de ações previstas para a atenção básica competente e humanizada, está aquém das realidades nacionais. É preciso a formação de profissionais voltados ao trabalho na atenção básica, fazendo dela importante e eficiente nível do sistema de saúde.

No entanto, em Diamantina constata-se que a maioria dos enfermeiros que atua nos PFS é recém-formada e sem bagagem prática para estruturar a educação continuada da equipe de agentes. Vale ressaltar que a experiência do profissional facilita seu trabalho na equipe, pois passa a reconhecer os reais problemas da comunidade e trabalha baseado na realidade.

As inúmeras atribuições a serem aprendidas pelo enfermeiro somam-se às expectativas ante a liderança, humanização da assistência, competência, motivação e desenvolvimento de relações terapêuticas. Essa situação mostra a importância dada ao aprendizado do cuidado com o profissional que cuida, em particular o enfermeiro, pois é fundamental estar bem e integrado consigo para trabalhar satisfeito e saudável. (DAMAS, 2004)

Entre os mecanismos que viabilizam a estruturação do trabalho no programa, destaca-se um ponto importante: a dificuldade de integração entre profissionais da área de saúde na atuação multidisciplinar⁷. Algumas delas poderiam ser vencidas no trabalho multiprofissional se compartilhadas com pessoas que exercem a atividade há mais tempo, por terem maior experiência do saber fazer.

Para Almeida (2005), adotar metodologia interdisciplinar⁸ significa organizar o conhecimento científico a partir de uma práxis na qual os campos disciplinares não somente interagem entre si, mas também são construídos pelos sujeitos na prática científica cotidiana. O autor enfatiza que os sujeitos da ciência seriam essencialmente agentes sociais. Sugere ainda que a interdisciplinaridade⁹ alcance a transdisciplinaridade¹⁰ quando a comunicação passa a ser estabelecida não entre os campos disciplinares nem pela tradução dos diferentes discursos das diversas disciplinas, mas mediante a comunicação entre os agentes em cada campo e por meio do trânsito dos sujeitos dos discursos.

Para garantir a autonomia e independência do ser envelhecendo, é imprescindível o preparo/capacitação dos profissionais da saúde, envolvidos diretamente no cuidado. Tal capacitação implica despertar o reconhecimento do cidadão idoso. Ou seja, profissional conhecedor da realidade social e de saúde desse extrato populacional, das tecnologias existentes, dos recursos disponíveis e dos dispositivos legais como instrumentos factíveis para o desenvolvimento de ações de saúde. O profissional

⁷ Significa que busca as informações de várias matérias para estudar um determinado elemento, sem a preocupação de interligar as disciplinas entre si.

⁸ Integração de dois ou mais componentes curriculares na construção do conhecimento.

⁹ É definida como produção de conhecimento científico novo, a partir de duas ou mais áreas de conhecimento que se integram para tal, coloca a disciplina em diálogo entre si que permita uma nova visão da realidade.

¹⁰ Saber que percorre as diversas ciências, indo além delas, sem se preocupar com limites ou fronteiras, mas integrando em sua investigação outros modos de conhecimento, como a religião, o transcendente, o antropológico-cultural, com suas riquezas de tradições e fenômenos paranormais.

deve estar preparado para reconhecer no idoso a potencialidade ao autocuidado, a interdependência para o cuidado e a importância de preservar a autonomia.

A deficiência de orientação para o cuidado pode colocar em risco a saúde do idoso. Portanto, quando adequadamente instrumentalizado, o cuidador é capaz de enfrentar com maior segurança o desafio imposto pelo ato de cuidar. Sabe-se que, por mais difícil que pareça ser o processo de educação em saúde, o primeiro passo é propor ao idoso e a seu cuidador a interatividade nesse processo. O segundo é começar a colocá-lo em prática, e o terceiro fazê-lo se tornar um novo hábito de vida e saúde para essa população.

A ação educativa em saúde é processo dinâmico que tem como objetivo a capacitação dos indivíduos e/ou grupos em busca da melhoria das condições de saúde da população. A população tem a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo adotar ou não novos comportamentos frente aos problemas de saúde. Não basta apenas seguir normas recomendadas de como ter mais saúde e evitar doenças, mas desempenhar a educação em saúde num processo que estimule o diálogo, a indagação, a reflexão, o questionamento e a ação partilhada.

No Brasil, o desafio para este século é oferecer suporte de qualidade de vida para uma população de idosos, em sua maioria de nível socioeconômico e educacional baixo e com alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes¹¹. (RAMOS, 2003)

Os últimos censos demográficos no Brasil mostraram inequívoco envelhecimento da população. Para Augustini, (2003), o avanço tecnológico possibilitou o “envelhecimento artificial da população, produzido por técnicas médicas e não pelo investimento em Políticas Públicas”.

¹¹ Doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

Com o processo de envelhecimento, há tendência de comprometimento da capacidade funcional acompanhada de depressão e da carência de ajuda que tem sido delegada a pessoas de seu convívio, nem sempre preparada para tal função.

O avanço da organização dos serviços de saúde no Brasil na perspectiva da construção do SUS traz novos desafios para a capacitação dos profissionais de saúde pública que atuam nos diversos serviços de saúde. Entretanto, o direito a uma vida com qualidade tem sido em geral negado a idosos e seus cuidadores.

As alterações decorrentes do envelhecimento muitas vezes isolam o idoso, dificultando sua socialização. Os conhecimentos que fornecem subsídios para o cuidado do idoso e de seu cuidador familiar incluem o entendimento das necessidades humanas básicas, bem como adaptações e mudanças que ocorrem ao longo da vida que, por sua vez, apresentam dimensão biológica, psicológica, social, cultural e espiritual.

Ao cuidar do ser idoso e de seu cuidador, as políticas públicas não devem focar as ações na patologia, mas priorizar a promoção, manutenção e recuperação da saúde. Respeitar a independência e propiciar a participação do sujeito idoso e de seu cuidador familiar no processo de cuidado, portanto, favorecem a assistência qualificada.

Os profissionais de saúde que atuam em PSFs se deparam, freqüentemente, com idosos que necessitam de cuidados domiciliares e com cuidadores familiares de idosos que também necessitam de cuidados e atenção.

A intervenção educativa contribui para mudanças no estilo de vida, favorecendo o conhecimento. Um dos meios para vencer os desafios impostos aos idosos pela idade e condição de saúde, propiciando, também, o aprendizado de novas formas de cuidar, ampliando as oportunidades para resgatar o bem-estar físico e emocional.

O apoio informal e familiar é um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa, no entanto, que o Estado deixe de ter papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos

três níveis de gestão do SUS. Papel capaz de aperfeiçoar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a esse grupo.

Os idosos precisam lançar mão de algumas estratégias que os façam ter uma velhice satisfatória. Isto implica cultivar hábitos saudáveis, engajar-se em atividades produtivas e projetos de vida, ingressar em universidade de terceira idade, desenvolver serviços voluntários, entre tantas iniciativas possíveis. Um envelhecimento bem-sucedido depende de como o idoso enfrentará os desafios da vida, lutará pelos direitos de cidadão e colocará em prática projetos viáveis dentro das condições pessoais e do ambiente em que vive.

A incorporação da promoção da saúde nos programas para idosos supõe abordagem crítica da prevenção e da educação em saúde e pode ser vista como processo social em curso, complexo, que vem sendo estimulado no nível internacional por fóruns e documentos institucionais desde meados da década de 1980. (ASSIS, 2004)

Todas as ações de saúde implicadas nas políticas públicas para o idoso devem objetivar manter ao máximo o idoso na comunidade, com a família.

IV- METODOLOGIA

Breve caracterização do Vale do Jequitinhonha

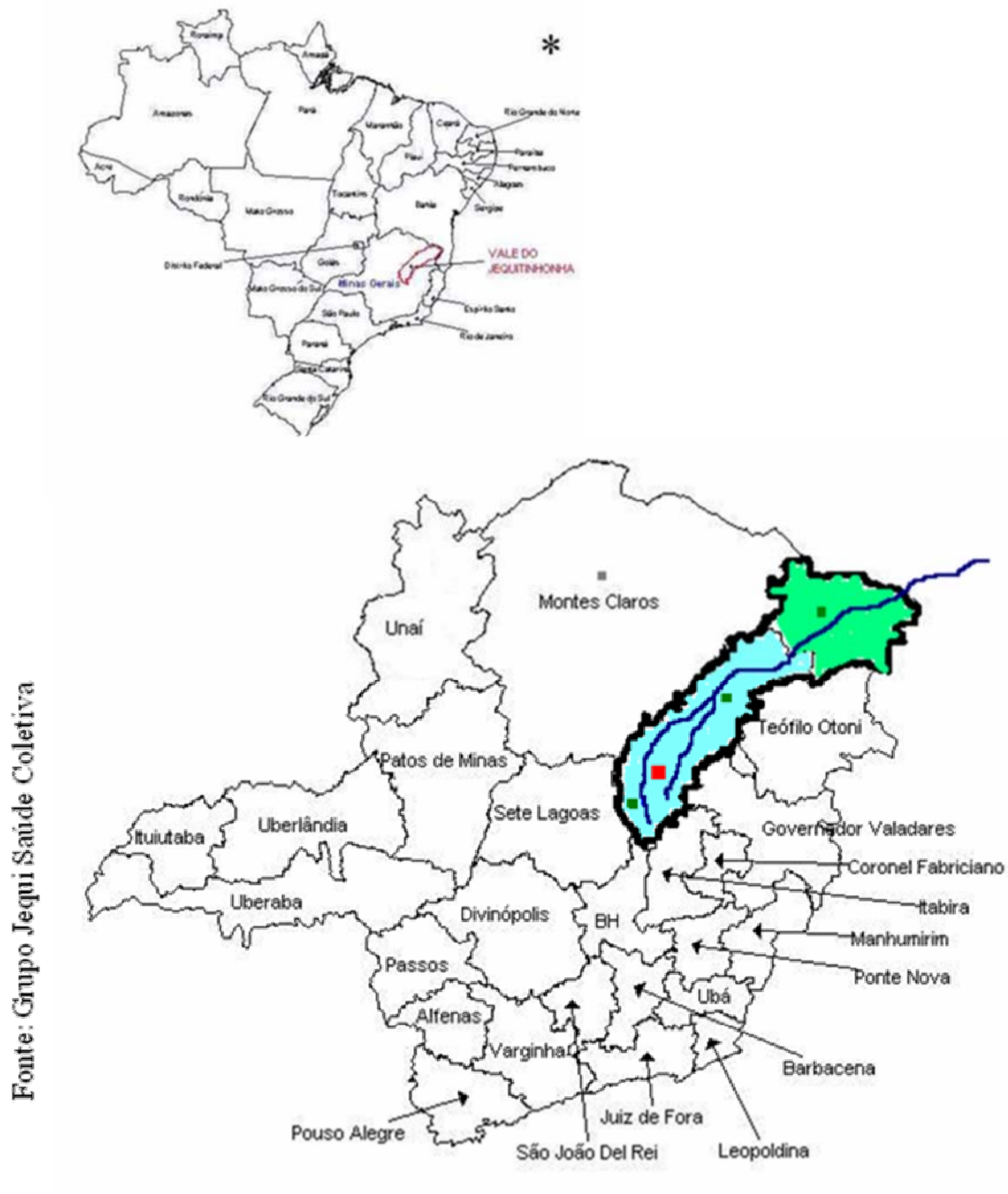


Foto 1: mapa do Brasil e de Minas Gerais, em destaque o Vale do Jequitinhonha.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Diamantina, localizado na região do Alto Vale do Jequitinhonha (MG).

A região tradicionalmente tem se destacado no cenário nacional (mesmo mundial) por causa das condições de pobreza e desigualdade social que marcam seu contexto.

O município de Diamantina está localizado no norte/nordeste de Minas, no início do Vale do Jequitinhonha, sendo considerada a “porta do Vale”. A população estimada, segundo IBGE (2006), é de 44.705 pessoas, sendo 3.799 pessoas com idade acima de 60 anos, em área territorial de 3.869,83 km². Há elevados níveis de pobreza. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)¹² é de 0.748, e a expectativa de vida de 68,7 anos. (PNUD, 2000)

O município apresenta perfil peculiar. São 11 distritos, e a distância entre os mesmos e a sede chega a 142km. Tem-se, freqüentemente, que passar por outros municípios para chegar aos distritos mais afastados. Parte do trajeto se dá ainda por estradas de terra.

Cidade histórica, em 1999 Diamantina recebeu da Unesco o título de Patrimônio Cultural da Humanidade. Em Diamantina há um belo artesanato, o povo, as festas, riqueza e arquitetura de igrejas, e muitas cachoeiras.

As ruas são de pedra, e inúmeras casas antigas ainda possuem paredes de pau-a-pique. Monumentos valiosos da arquitetura barroca e colonial compõem a paisagem local. As festas tradicionais atraem milhares de pessoas em diversas épocas do ano. O carnaval é conhecido como um dos melhores de todo o Brasil. Vilarejos, cachoeiras, trilhas, montanhas e grutas são forte potencial de ecoturismo.

Rica em atrações turísticas, Diamantina é centro de interesse para os visitantes, atraídos pelo clima, beleza panorâmica e reminiscências históricas, evocadas pelos templos, edifícios de construção antiga, e ainda pela arte popular do artesanato. Inclui-se, portanto, entre as cidades mineiras detentoras de acervo histórico e artístico, e de cenários dos tempos coloniais.

¹² Este índice mede a qualidade de vida com base em três indicadores: renda per capita, alfabetização e expectativa de vida.

Uma de suas atrações é a Vesperata ¹³, criada por artistas da cidade. Os músicos ficam nas sacadas coloniais, enquanto o público, na rua, aprecia a original apresentação.

Diamantina possui seis equipes de PSF na zona urbana e sete equipes de PACS na zona rural, que funcionam apenas com o enfermeiro, os ACS e auxiliares de enfermagem. Ou seja, os locais que requerem maior assistência não encontram o profissional médico.

O município tem 78 ACS, 12 enfermeiros e seis médicos envolvidos nos programas. Apesar de a proposta do programa ser a atenção primária à saúde, na região há demanda reprimida, principalmente na zona rural, onde a população, por vários anos, não teve acesso ao serviço de saúde, e utiliza os meios possíveis: chás, benzedeiras, curandeiros e parteiras.

Com a carência, a população, ao conseguir o acesso ao serviço médico, sente falta da prescrição de medicamentos, o que gera buscas sucessivas ao serviço médico para conseguir receitas e medicamentos gratuitos. Há, por isso, sobrecarga na farmácia básica municipal.

Com o objetivo de traçar o perfil do novo profissional que assume funções, no período de 5 a 15 de agosto de 2007 foi desenvolvido um questionário semi-estruturado, com 13 perguntas, entre os 44 agentes comunitários.

Durante a aplicação do questionário, observou-se que apenas um agente atua desde a primeira turma, tendo, inclusive, participado da primeira oficina de capacitação (1997). Apenas cinco agentes participaram de alguma forma de trabalhos de qualificação para o desempenho das ações.

¹³ Trata-se de um evento em que os músicos se apresentam à noite, ao ar livre, das janelas e sacadas de velhos casarões, enquanto o público assiste das ruas às canções populares e clássicas tocadas por eles.

A nova equipe já se encontra em fase de capacitação por duas profissionais que repassam informações pertinentes ao sistema de funcionamento do programa, segundo proposta da Secretaria Estadual de Saúde, sem, no entanto, detalhar-se em ações específicas, como no caso do atendimento ao idoso.

A investigação

Este trabalho foi feito em duas fases: na primeira houve o levantamento do perfil atual dos agentes comunitários (apêndice I); a segunda, de natureza qualitativa, buscou identificar, a partir do depoimento de uma agente comunitária de saúde, as atividades e conquistas no trabalho desenvolvido com os idosos ao longo de uma década (apêndice II).

O levantamento do perfil do ACS atualmente em serviço levou a se analisar comparativamente com o grupo de agentes que atuava na pesquisa de MURTA desenvolvida em 2005. Fez-se a apresentação da presente proposta para os ACS, esclarecendo os objetivos e procedimentos.

Participaram dessa fase 45 ACS residentes na sede do município, que formalizaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - apêndice III), conforme resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 1996)

Antes do início das atividades com os ACS, levantaram-se informações sobre as atividades dos mesmos em relação à população idosa assistida. Após traçar o perfil dos agentes, constatou-se que somente uma ACS mantinha-se atuando na mesma função desde o início da implantação, em 1997, dos trabalhos da ESF no município. Esse foi o critério utilizado para a escolha da participante da pesquisa.

Os instrumentos de pesquisa utilizados para a entrevista foram filmadora e guia de perguntas norteadoras de histórias. Antes da entrevista com a Agente de Saúde, foi comunicado ao enfermeiro responsável da unidade o objetivo da entrevista. E ainda apresentado o projeto em estudo e relatada a importância da participação da agente, pois significava o resgate da história do ACS no contexto da saúde da família no

município, e o fato de ser a única agente atuante desde a fase de implantação do programa no município.

Foi agendada a entrevista para o dia seguinte, na casa da agente, no período da manhã. Ela foi liberada de seu trabalho nesse período para relatar sua experiência de forma calma e tranqüila, pois a mesma havia demonstrado insegurança, em não corresponder às expectativas esperadas.

A opção pela entrevista semi-estruturada foi a agente ter maior liberdade de se expressar, sem sentir-se submetida a um “interrogatório”. O momento da entrevista foi aguardado com ansiedade, pelo entrevistador e entrevistado. A história de agente de saúde e pesquisador se mistura num misto de lembrar o passado, avaliar o presente e acreditar no futuro.

Na entrevista semi-estruturada, há um conjunto de questões definidas, mas o entrevistador é liberdade para apresentar outras, cujo interesse surja no decorrer da entrevista. As questões predefinidas são uma diretriz, mas não ditam a forma como a entrevista irá decorrer, pois as questões não têm de ser colocadas em determinada ordem nem exatamente da mesma forma como foram inicialmente definidas.

A vantagem da entrevista semi-estruturada é que, sendo algo flexível, possibilita que sejam exploradas outras questões que surjam no decorrer da entrevista, mesmo quando saem um pouco do “guião” do entrevistador. Permite ainda criar maior diferenciação entre candidatos, pois o rumo seguido dependerá, em grande parte, da resposta que deles vier.

Segundo Minayo (1996:109), "o que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas".

Martins (2004) afirma que a variedade de material obtido qualitativamente exige do pesquisador uma capacidade integrativa e analítica que, por sua vez, depende do desenvolvimento de uma capacidade criadora e intuitiva, além de levantar questões éticas, por causa da proximidade pesquisador/pesquisado.

Ao chegar à casa da agente percebeu-se que a mesma ansiedade havia na entrevistada. Foi-lhe comunicado que haveria uma filmagem, e seria repassada a cópia da gravação, para analisar se era aquilo mesmo que queria dizer, e somente a partir daí seriam utilizadas as informações coletadas. O termo de consentimento foi lido e assinado.

A acolhida da agente em sua casa foi emocionante. Como na casa de um “bom mineiro”, havia o bolo de fubá fresquinho e café.

A fama de ser “desconfiado” e o jeito carinhoso do mineiro receber ficam bem retratadas por Elias Muratori (2005) em sua poesia “Mineiridade”:

Mineiro é assim...
É desconfiado, mas ...
Quando confia, tá confiado!
Fala pouco, moderado, mas...
O que diz é acertado!
Não perde tempo, não perde hora.
Mineiro é assim... é matreiro, porém...
Amigo, se conquistado primeiro!
Conta causo, conta conto, todavia... Não esquece o nó do ponto.
De pedir a pai e mãe a benção, faz sempre questão, todavia...
nunca esquece os filhos na hora da oração.
Mineiro é assim...

Foi explicado o propósito da entrevista: recuperar a história do Agente Comunitário de Saúde no município e a importância de sua participação nesse trabalho. Notou-se um desejo muito grande em contribuir, mas também em aparecer bem na gravação, no entanto havia certo receio de como seria a divulgação do material.

Com esta entrevista procurou-se compreender os sentimentos da entrevistada, pois é alguém que tem passado pelo processo de envelhecimento (já é avó), orientando

idosos e cuidadores, mas também enfrentando dificuldades emocionais. Além de contribuir para a pesquisa em questão, também colaborou para uma auto-avaliação profissional e resgate de sua auto-estima como ser envelhecete.

Segundo Minayo (1998), a pesquisa qualitativa não se preocupa em quantificar, mas em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de ações, crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalha com a vivência, a experiência, o cotidiano e a compreensão das estruturas e instituições como resultados de ação humana objetivada.

A autora afirma ainda que para compreender a natureza interna do conteúdo das experiências humanas, e isso inclui a experiência individual e social, a primeira condição é a aproximação do seu contexto vivido. O fato de já conhecer o cenário da pesquisa e a entrevistada contribuiu significativamente para estabelecer um vínculo de confiança e facilidade nos diálogos estabelecidos.

Após enviar o material para ser avaliado e aprovado, retornou para a pesquisadora a fala aprovada.

O fazer do ACS

Segundo Bachilli (2008), a identidade do Agente Comunitário de Saúde é construção que se aventura em novos caminhos, se apropria de saber anteriormente excluído do seu fazer e do seu grupo interacional, vive encontros e desencontros com os parceiros de trabalho nos momentos em que a reciprocidade se alterna entre os iguais, os desiguais e os "insubstituíveis". E propõe novos limites que favorecem o caminho de outros, promovendo o desassombro necessário para o desenvolvimento e o crescimento interior.

Mesmo diante das adversidades ("são muitas picuinhas, muitas chatices, mas a gente tira de letra", ACS), percebe-se que o desejo da Agente de fazer o melhor na sua comunidade prevalece, o que nos remete a Paulo Freire (Pedagogia da Autonomia), que retrata bem o prazer do fazer quando diz: "Não posso desgostar do que faço sob pena de não fazê-lo bem".

... É uma coisa que eu gosto de fazer, visitar os idosos, crianças (ACS).

A valorização do árduo trabalho desempenhado ocorre porque permite conversar, orientar, conhecer pessoas, ajudá-las, as quais agradecem, e destacam a importância do Agente. Há o desejo de proporcionar à população atendida mais saúde, do qual decorre um declarado sentimento de dever cumprido.

Recente pesquisa em Porto Alegre, Ferraz (2005) constatou que a principal atividade é a visita domiciliar, seguida da educação em saúde. Outra atividade bastante destacada pelos profissionais foi o acompanhamento de idosos.

O desejo de crescimento, ou seja, desempenhar cada dia melhor suas funções, fica evidente quando observa-se na fala da ACS o empenho em sua qualificação, sem ao menos esperar por melhoria de salário.

Eu gosto de ser Agente, depois de iniciar como Agente tive a oportunidade de fazer o curso de auxiliar de enfermagem e foi muito difícil, porque fazia estágio pela manhã e trabalhava como Agente à tarde, porque não podia deixar o trabalho parado, e depois fiz o curso técnico de enfermagem à noite (ACS).

Vê-se impotente diante da limitação da sua práxis. Não pode interferir diretamente em determinadas realidades sociais:

É um conhecimento bom, mas como não pode atuar, você até sabe o que precisa ser feito, mas não é permitido (ACS).

Silva & Dalmaso (2002) analisam o trabalho do Agente de saúde e concluem que na última década representou segmento efetivo do trabalho em saúde e se tornou um novo ator político, no cenário da assistência à saúde e de sua organização.

Para o Ministério da Saúde, o Agente Comunitário de Saúde é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde da comunidade onde mora. É pessoa preparada para orientar famílias sobre cuidados com a própria saúde e também com a comunidade (BRASIL, 2000). Sem dúvida, esse trabalhador apresenta características especiais,

pois atua na mesma comunidade onde vive, tornando mais forte a relação entre trabalho e vida social.

O tempo em que o ACS atua na comunidade e faz parte do mesmo contexto, está inserida nas mesmas circunstâncias sociais, mesma familiaridade com a linguagem da situação social, envolvimento pessoal com a comunidade e capacidade para indicar como os significados na cultura são empregados e compartilhados entre as pessoas. (May, 2004: 198-190)

O técnico de enfermagem no município que atua nas instituições hospitalares tem carga horária diferenciada, ou seja, trabalha 12 horas e descansa 36 horas, enquanto o ACS trabalha 40 horas semanais, recebendo salário menor daquele que atua em hospital.

SANTOS (2008) aborda a situação salarial do Agente. Pelo que se conclui, é algo comum na maioria dos municípios que têm o programa implantado.

Apesar da grande importância que o ACS assume dentro da equipe, incluindo o aumento significativo de trabalho e responsabilidade, é discrepante a diferença salarial entre os membros da mesma. (SANTOS, 2008)

Diante dessa situação, questiona-se o que leva um profissional, mesmo tendo qualificação diferenciada, a exercer funções “aquém” da sua qualificação.

Merecem destaque as palavras de Lima, quando se refere ao fim da sociedade de direitos, frisando que esse cenário representará a perda progressiva de conquistas e direitos sociais.

Um emprego estável, uma aposentadoria, acesso a serviços básicos de saúde, enfim, a cidadania. O fim dessa perspectiva é acompanhada da perda progressiva de conquistas salariais, dos direitos sociais e do crescimento das relações de trabalho ditas “atípicas”, como contratos por tempo parcial, temporários, com restrições diversas, ou mesmo sem contrato algum. (LIMA, 2002)

Segundo Castro, a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde em vários municípios do país lhes conferiu respeito e legitimação da população, porém não lhes deu a condição de serem institucionalizados com direitos trabalhistas garantidos.

Em trabalho anterior, Silva e Dalmaso (2002) traçaram o perfil do Agente Comunitário em relação às motivações relacionadas ao trabalho e constataram:

Desvendar as motivações do agente comunitário de saúde para compartilhar projetos e soluções para a comunidade, suas habilidades e competências adquiridas e por adquirir, para responder à necessidade de produzir assistência na vida comunitária e de interagir com profissionais de saúde e de outros setores sociais, apontou para a associação positiva entre a estratégia da saúde da família e as modalidades assistenciais, que têm como princípio a vigilância e a promoção da saúde. Os agentes comunitários de saúde, por meio de apoio social e de ações intersetoriais, garantiram sua forte identificação com a comunidade e com um perfil social de forte solidariedade, constituindo-se um trabalhador singular em saúde.

Outro fator que gera grande insegurança em relação ao trabalho do Agente em sua comunidade é que, apesar de trabalhar perto da própria residência e ter bom relacionamento com a população, não existe a garantia de manutenção do trabalho.

Fica a obrigatoriedade de, mesmo sem condições financeiras, ter que prestar novo concurso, gerando novo gasto financeiro, estresse e insegurança.

A contratação é temporária e não é nada seguro, a cada mudança de prefeito tudo muda (ACS).

[]... A gente fica bem inseguro, você não sabe se amanhã vai estar trabalhando, toda vez que tem prova eu tenho que passar por isso (ACS).

[] A prova, você tem que gastar um dinheiro que você não tem para fazer o concurso.

[]...Isso é muito ruim porque quem esta trabalhando não tem nenhuma garantia (ACS).

Em estudo no município de São Paulo, discute-se o comprometimento da qualidade do serviço prestado pela alta rotatividade desses profissionais.

Considerando desfavorável para a comunidade, uma vez que a questão do vínculo fica comprometida, e os laços de confiança que deveriam ser estabelecidos acabam ficando estremecidos. SANTOS, 2008.

Com o passar do tempo, a categoria ACS foi ganhando espaço no cenário do PSF, e com isso foram se ampliando as aspirações de reconhecimento de identidade profissional e direitos trabalhistas. Entretanto, mesmo com a regulamentação da profissão ocorrida em 2002 (Lei 10.501), constata-se a existência de contratos de caráter precário, muitos sem garantias trabalhistas. Isso demonstra que os gestores municipais de saúde ainda não concebem o Agente de Saúde como categoria permanente e essencial para o desenvolvimento do PSF.

Apesar de no edital de concurso do município de Diamantina ser destacado que os contratos de trabalho celebrados com os aprovados no processo seletivo público vigorarão por prazo indeterminado, a cada mudança política o Agente deve submeter-se a novo concurso, gerando grande angústia e instabilidade emocional.

Esse aspecto merece destaque na análise da municipalização do serviço de saúde e que se chama prefeituralização, isto é, o poder centrado na figura do prefeito e do gestor municipal de saúde. A tradição da prática clientelista, que dominou a política brasileira, principalmente nos pequenos municípios desde sua formação como país, retarda uma atuação mais independente do Conselho Municipal de Saúde. Na realidade municipal cargos ainda são vinculados a interesses municipais e existe o medo de perder o emprego, pois os cargos são repassados por laços afetivos, ocasionando fragilidade contratual e alta rotatividade de pessoal.

...É muito bom trabalhar com idosos [] São muito carentes, necessitam de uma atenção, às vezes passo o dia com apenas três visitas, para dar oportunidade deles falarem. (ACS).

Segundo Letti (2008), o bate-papo funciona como meio de estimular a dignidade que as pessoas idosas imaginam ter perdido pelos momentos que sentiam queridas ao cuidar da família ou exercer atividades domésticas, época correspondente ao período em que julgavam ter função e utilidade.

A capacitação pessoal nas atividades desempenhadas com o cuidador e os idosos, a informação é empírica e baseada em prática de vida, sem fundamentação teórica, o que causa certa insegurança relacionada aos problemas que possam surgir. Isso se torna claro diante do relato da Agente, quando fala da sua forma de abordagem e segurança na divulgação das informações.

Seria bem melhor um curso de capacitação, né? Seria bem melhor você lidar ali com eles, apesar de que este negócio de conversar é supernatural, né?(ACS)

Em estudo anterior, Espínola (2006) ressalta a necessidade de capacitação específica para o Agente de saúde, tendo em vista que reflete em um melhor atendimento prestado à população. O que reforça o argumento da agente entrevistada:

Seria bom ter este curso de capacitação para o Agente de saúde (ACS).

A importância de atualização e capacitação evidencia-se quando a agente reconhece não possuir condições para abordagem mais segura, ficando muito no âmbito empírico, ou “fazer pelo coração”, sem fundamentação científica.

Eu assim chego, converso com esta pessoa, principalmente se for um idoso acamado, eu vou conversar com a pessoa antes, até no modo também da pessoa se cuidar para cuidar do idoso, porque não adianta nada estar ali cuidando pelo dinheiro que nunca que satisfaz mesmo que é o merecido, mas eu acho que se cuidar do idoso também tem que se cuidar, então eu chego, converso, se eu achar que tem alguma coisa alterada, que não está legal, assim um destrato, um desrespeito, eu tenho total liberdade para estar conversando, então eu chego e falo (ACS).

Segundo Silva (2005), o profissional que atua diretamente com idosos precisa ter maior preparação para uma abordagem mais direcionada à sua realidade, valorizando a cultura, norma e prática de saúde, para que as ações cuidativas e terapêuticas sejam mais assertivas.

Além dos serviços que lhes são atribuídos por serem da equipe de saúde, alguns Agentes desenvolvem diversas ações ligadas ao fato de serem da comunidade, independentemente de lhes ser solicitado. Ações relacionadas às habilidades individuais, poder de comprometimento com a comunidade, formas de ver o mundo e impressões sobre as questões de saúde no contexto em que estão inseridos.

Alguns Agentes estão tão habituados às problemáticas de sua comunidade que acompanham questões relacionadas ao trabalho, ao estudo, se a família está bem, apesar de não ser obrigação ou compromisso profissional.

A integração do ACS com as pessoas da comunidade reforça a idéia do programa, de que o profissional serve de ligação entre o serviço básico de saúde e a comunidade.

Em estudos anteriores, foi discutida a importância do agente de saúde no contexto social.

O agente comunitário de saúde assume, no cenário do sistema de saúde do país, um papel privilegiado. Seja porque as autoridades sanitárias fazem dele uma espécie de coringa ou salvador da pátria, seja porque o cotidiano demonstra que ele é o trabalhador em saúde que mais convive com os problemas sociais afeitos à saúde. (SILVA, 2000).

Segundo Lotta (2006), o elo entre o poder público e a comunidade reforça-se na idéia de garantia de que a população tenha acesso pelo ACS, que permite informações ao exercício da cidadania.

Outro autor destaca a importância da proximidade da realidade agente e comunidade. LEVY (2004) assinala:

O fato de o agente comunitário de saúde residir na comunidade é de fundamental importância para a construção de uma relação de confiança com os moradores, que se sentem mais à vontade para falar sobre os seus problemas com uma pessoa que compartilha da mesma realidade.

Percebe-se ainda a preocupação por parte da agente em relação aos cuidados dispensados aos idosos que participam de atividades físicas como caminhadas; o que justifica a importância iminente de capacitação para um entendimento em relação à limitação nas atividades desempenhadas com idosos e a importância da participação de outros profissionais na atividade,

Eu já questionei isso com o enfermeiro, a gente vai na caminhada preocupada em estar ao lado, eu perguntei... Será que quando a gente tiver nessa idade vai ter alguém para cuidar da gente assim nesta preocupação?(ACS).

Segundo Silva (2005) as disposições físicas para as atividades e os recursos financeiros estão relacionadas também a abrir-se às mudanças, enfrentar os desafios, além da construção pessoal e social do envelhecimento.

A falta de perspectiva em relação ao compromisso dos jovens ao cuidar dos idosos torna-se evidente na fala da Agente em relação à preocupação com o cuidar dos idosos no futuro.

Néri (2007) constatou que existe forte preconceito social contra a pessoa idosa, ao mesmo tempo em que os idosos avaliam que ser idoso hoje é melhor do que ser “idoso” na época em que eram mais jovens.

Quaresma (2006) reforça a questão de que as pessoas mais velhas viveram grande parte em contextos estáveis, sem a pressão de grandes ou fortes movimentos de mudança. No entanto, atualmente, as pessoas que se encontram envelhecendo vivenciam profundas e rápidas transformações que acompanham a progressão da idade.

Então eu acho assim que do jeito que está esta geração... eu acho que não, ficará dando atenção aos idosos não viu? (ACS).

De acordo com Ferrigno (2002):

A discriminação aos velhos é o resultado dos valores típicos de uma sociedade de consumo e de mercantilização das relações sociais. O exagero enaltecido do jovem, do novo e do descartável, além do descrédito sobre o saber adquirido com a experiência da vida, são as inevitáveis conseqüências desses valores.

A certeza do carinho dispensado pelos filhos no momento de troca dos papéis, em que a situação de dependência torna indispensável uma maior atenção, leva Santos a declarar:

O amor dos filhos aos pais envelhecidos, a assegurar-lhes maior proteção e segurança na última idade do seu processo de viver, compreende uma das mais sublimes ações do ser humano para consigo mesmo e para com a sua espécie, ou seja, para com a sua geração e para as gerações futuras, perpetuando assim o amor intenso e especial entre pais e filhos. (2001: 14)

Dois pontos devem ser ressaltados nesta questão: melhorar a percepção real de envelhecimento com qualidade de vida, levando assim à menor relação de dependência do idoso; e estimular o prazer no convívio idoso e público jovem promovendo troca de experiências, ressaltando, no entanto, que ambos crescem nesse contexto.

As pessoas estão sem paciência, eles não têm muito cuidado, não é todo mundo que tem carinho, cuidado com os idosos, eles estão sem paciência, principalmente dentro de casa, os adolescentes estão tratando de qualquer jeito (ACS).

Na visão da autora, desde a criação do mundo a situação do envelhecimento causa em algumas pessoas a alegria e em outras a sensação de que algo ficou perdido no

tempo. Muitos autores discutem as várias formas de enxergar e enfrentar a velhice, e que varia conforme o olhar de quem vivencia a situação.

Santos (2001, 9-14), preocupada com questões que envolvem esta situação, apresenta de forma sensível a visão de vários filósofos sobre o envelhecimento:

- Na Grécia antiga, segundo a visão de Platão, ficar velho era o apogeu de uma vida, ao passo que, para Homero, era ela associada à sabedoria. Já Sócrates pregava que, para indivíduos prudentes e bem preparados, a velhice não constituía peso algum. Aristóteles a via como a decadência de um homem, condicionava a visão a propósito dela com o corpo saudável, dizendo ser uma bela velhice aquela que tinha a lentidão da idade, sem deficiências. Em “A Retórica”, Aristóteles vê a decadência; Platão, o apogeu; o primeiro vê o corpo, o segundo vê o espírito.
- O filósofo e poeta egípcio Ptah-Hotep, que viveu 2500 a.C., já lamentava a velhice. Ele achava a vida do ancião penosa, e reclamava: “Dia a dia vai enfraquecendo, a visão baixando, o ouvido se tornando surdo, a força declinando, o corpo não encontrando repouso, a boca se tornando silenciosa e já não falando”. Esse velho egípcio chega à conclusão de que a velhice é a pior desgraça que pode acontecer a um homem.
- Roma seguirá a lição platônica e dar espaço ao velho. O Senado, constituído por homens idosos, terá participação efetiva e direta no poder. O poder do pater familia será ilimitado. Bater no pai é um ato que podia significar a expulsão do agressor da sociedade, ou até mesmo sua morte. Se o jovem quisesse casa, teria que buscar consentimento do pai e também do avô, caso este ainda estivesse vivo. Na velhice, os prazeres espirituais sobrepujarão os meramente corporais, afirma Cícero, o grande filósofo romano, no primeiro século antes da era cristã, parafraseando Platão.
- Na Renascença, a velhice vai continuar sendo a decadência, e o corpo humano começa a ser visto como uma máquina, mas, infelizmente, os estragos do tempo deterioram também as máquinas.

- Na Idade Moderna, com o advento da burguesia, o idoso ganha mais espaço para existir. Nas festas, ocupava posição de honra, cabendo-lhe a presidência dos eventos. Passa a ter importância pelo que tem, é o proprietário. Com o poder econômico que o valoriza, emerge como garantia das grandes empresas. A ideologia burguesa lhe atribui grande valor, ou seja, quanto mais envelhece, mais crescem o saber e a sensatez. E, portanto, no fim da vida o indivíduo atinge seu apogeu.

A preocupação recente com a transição demográfica brasileira e com a melhoria da qualidade de vida das pessoas mais velhas tem provocado a revisão dos estereótipos até então relacionados ao tema. Essa mudança acarreta o deslocamento dos aspectos negativos, anteriormente associados pelo discurso gerontológico a essa etapa, para enfatizar o desenvolvimento de novas imagens relacionadas ao envelhecimento.

Para se mudar a visão sobre a velhice e os velhos, hoje é preciso a implantação de programas de educação. A participante desta pesquisa opina, especialmente em relação à juventude:

Eu faria uma capacitação com os adolescentes nas escolas, em todos os lugares, nas casas, para conversar, porque futuramente eles também vão ser idosos, para eles cuidarem com mais carinho, com mais atenção, para que futuramente eles tenham uma retribuição disso aí... Os idosos têm ficado muito sozinhos, e isso é tão complicado (ACS).

Em recente pesquisa nacional realizada pelo IBGE constatou-se que em 33,9% das residências no Estado de Minas há alguma pessoa com idade superior a 60 anos, e que o convívio dos idosos com filhos ou parentes tem sido destacado como uma situação saudável e positiva para o seu bem-estar.

Segundo Herédia (2005:2), abandono na velhice é sentimento de tristeza e de solidão, provocado por circunstâncias relativas a perdas, as quais se refletem basicamente em deficiências funcionais do organismo e na fragilidade das relações

afetivas e sociais, que por sua vez conduzem a um distanciamento, podendo culminar no isolamento social.

O idoso espera da família que ela o mantenha e cumpra o papel estabelecido pela sociedade, mesmo que conheça sua família e saiba os limites. Crê que esse grupo social seja o seu mantenedor final e possa lhe dar atenção para enfrentar as agruras que a vida impõe. A crença é fortalecida pela intensidade das relações pessoais estabelecidas com o grupo familiar.

Em relação à proposta, Lima (2002) tem posição diferente:

Penso que é olhando a cidadania, alicerçada no mundo dos velhos, com sua precariedade, carência ou ausência dos direitos fundamentais, que podemos também pensar em transformar este mundo, apresentando-a como desafios à apropriação pelos indivíduos de sua própria vida. Observo que muitos participantes de Escolas para a Terceira Idade, existentes em algumas localidades do País, ou inseridos em programas como o de “vida Ativa para o Idoso”, da Secretaria de Lazer da prefeitura de Cuiabá, resistem melhor à imposição de afastamento que a sociedade lhes impõe, talvez porque busquem formas de se manter inseridos no mundo.

Esses universos físicos, sociais e psicológicos estimulam ampliação profunda das aspirações à satisfação das necessidades do idoso, no sentido relacional, biológico e sociopolítico.

As ações educativas em saúde não apontam diretamente a interferência nos determinantes sociais do envelhecimento ativo, produzindo ambientes e políticas públicas favoráveis à saúde, mas podem oferecer contribuição significativa ao expressarem vivamente o compromisso social do sistema de cuidados e partilharem com os idosos os desafios nesta direção. Ao enfatizar a participação e facilitar o seu exercício, elas vislumbram um “abrir portas” ao pensamento criativo sobre a vida e ao desejo de atuar na construção de outras realidades possíveis, mais propícias à qualidade de vida no envelhecimento.

O envelhecimento ativo é uma aspiração básica que potencializa o viver e depende, em grande parte, de condições sociais e políticas públicas que garantam direitos

básicos de cidadania e possibilitem práticas tendencialmente saudáveis, como alimentação equilibrada, atividade física, uso prazeroso do corpo, inserção social e ocupacional dotada de significado, lazer gratificante, além do acesso a serviços assistenciais e preventivos. Trata-se de metas complexas, em torno das quais são indicados para os movimentos individuais e coletivos que anunciem e apontem à construção de uma sociedade participativa.

V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

As possibilidades de vida plena durante o envelhecimento são cerceadas não somente pelas restrições biológicas, mas as representações sociais da velhice também afetam as relações de poder e de auto-estima dos indivíduos que ultrapassam os limites etários estabelecidos como etapa produtiva de vida.

O presente estudo aponta que o maior engajamento por parte dos agentes em mobilizações sociais e de cidadania, pois acredito que uma população informada de seus direitos contribuirá de forma significativa em relação ao processo seletivo e contratual desses profissionais.

Possibilitou ainda compreender o perfil social desses atores, como trabalhadores de identidade comunitária, com grande possibilidade de liderança e iniciativa dependendo das motivações, um grande aliado político com forte influencia inclusive no período eleitoral.

Algumas inquietações acerca das atuais políticas dirigidas ao idoso nos levam a indagar quais são as reais necessidades dos mesmos, quais critérios são utilizados para defini-las e como satisfazê-las adequadamente. É fundamental o engajamento de toda a sociedade, para que se consiga transformar a realidade dos idosos e humanizar as relações entre viver e envelhecer.

Torna-se imprescindível um profundo repensar de prática por parte da equipe e, especialmente dos gestores, tendo como base os princípios que regem o SUS e o PSF, para que o papel do ACS seja realmente entendido e, sobretudo para que possam ser mais valorizados enquanto profissionais responsáveis pela mudança do modelo vigente em saúde e atenção primária.

Inicialmente acreditava como pesquisadora que a resolução para o problema relativo ao agente comunitário, seria a oficina de capacitações para o agente comunitário, no entanto com as constantes mudanças, este trabalho seria sempre de recomeço e a cada termino de mandato teria que ser refeito sem resultados nem mesmo em longo prazo.

A Política Nacional do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso, bem como o Pacto pela Vida, são instrumentos que garantem a proteção a esse grupo populacional, agregando-os na condição de cidadão que, como os demais, merecem uma atenção digna e saudável, considerados parceiros ativo no desenvolvimento dessas políticas.

Apesar da magnitude deste evento mundial - o envelhecimento populacional observa-se a falta de investimentos em pesquisas e incentivos públicos e privados para dinamizar e otimizar políticas para esse segmento da sociedade, tão carentes de atenção na grande maioria das vezes.

É importante ressaltar que o PSF é uma estratégia que não depende somente do incentivo Federal para se viabilizar. O desenvolvimento do PSF está vinculado à vontade política e à participação dos gestores municipais de saúde, usuários e profissionais do setor, responsáveis diretos por seu sucesso ou por seu fracasso.

Apesar da implantação do programa em Diamantina ter chegado há uma década, um dos grandes problemas observados para um trabalho efetivo relacionado na atenção ao idoso é a fragmentação da assistência prestada, pois quando se consegue um vínculo agente e cuidador, ocorre a mudança de governo e com isso a troca da equipe.

A responsabilidade do cuidador e o processo de cuidar é também um momento de reflexão acerca do próprio processo de envelhecimento, da construção do ser e agir em saúde, de modo integral, integrado e cidadão.

Para garantir a autonomia e independência do ser que envelhece, é imprescindível o preparo/capacitação dos agentes comunitários de saúde, uma vez que estes estão envolvidos nas informações repassadas ao cuidador. Tal capacitação implica despertar/ativar no profissional o reconhecimento do idoso cidadão.

Sabemos que o Agente já percorreu um longo caminho na construção da saúde do idoso no município de Diamantina, porém muito ainda precisa ser feito. No entanto, acreditamos que qualquer trabalho de melhoria no atendimento à pessoa idosa,

deve estar voltado diretamente para o cuidador, já que a ação do agente tem data de encerramento de contrato e a capacitação não deve reiniciar a cada novo ano eleitoral. Os custos de tal estratégia são muito altos e acabam onerando o Estado e o cidadão que pagam os impostos.

Devem ser desenvolvidos novos estudos que permitam ao professor (docente) oferecer condições para os profissionais analisarem todas os diferentes pontos de vista no trabalho do cuidado com o idoso. E, além disso, é imprescindível uma política educativa direcionada aos adolescentes, a fim de eliminar preconceitos. Ambos, estudos e ação educativa, certamente contribuirão significativamente para a construção da responsabilidade coletiva em relação aos idosos.

VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUSTINI, F.C. Introdução ao direito do idoso. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2003.

ALMEIDA, F. N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. Saúde e Sociedade, vol.14, nº. 3, p.30-50. ISSN 0104-1290. 2005.

ASSIS, M. HARTZ, Z. M. A; VALLA, V.V. Programas de promoção à saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. Revista Ciência e Saúde Coletiva 9(3): 557- 581, 2004.

BACHILLI, R. G. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. Ciência e Saúde Coletiva, vol.13, nº. 1, p.51-60. ISSN 1413-8123, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Pesquisa com seres humanos. 1996.

BRASIL, Ministério da Previdência e assistência Social. Plano de ação integrada para o desenvolvimento da política nacional do idoso. Brasília, 1996.

BRASIL, Portaria nº 1.395 de 9 de dezembro de 1999 que dispõem sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica: Programa Saúde da Família. Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Valorização Profissional: Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde-Departamento de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa - Caderno de Atenção Básica. 19(9). Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Painel de Indicadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso, 1ª ed. Brasília: Editora MS; 2003; Disponível em: <http://www.saude.gov.br/> acesso em: 15 de setembro de 2008.

CANÇADO, F. X. Noções práticas de geriatria, Belo Horizonte: Coopmed/ Health; 1994.

CASTRO, J. L. Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um desafio para gestão do SUS. Disponível em: www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos_enviados acesso em 24/07/2008.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Revista de Saúde Pública 31 (2): 184-200, 1997.

CORDEIRO, H. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em saúde da família. In. Divulgação em saúde para debate. Rio de Janeiro: Fiocruz. CEBES, p 36 -43. 2000.

DAMAS, K. C. A. Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. Rev Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, 2004.

DECLARAÇÃO de Brasília sobre envelhecimento. In: Seminário Mundial do Envelhecimento: Uma agenda para o século XXI, 1 a 3 de julho de 1996, Brasília. Disponível em <http://www.ufsm.br/antartica/palestra%206htm>. Acesso em 15 de setembro de 2008.

ESPINOLA, F. D. S. Agentes Comunitários de Saúde do PSF e PACS: uma análise de sua vivência profissional. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo; 18 (1) 43-51, 2006.

FERRAZ, L. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.10, nº 2, p.347-355. ISSN 1413-8123. 2005.

FERRIGNO, J. C. O estigma da velhice: uma análise do preconceito aos velhos à luz das idéias de Erving Gofman. *Terceira Idade*. São Paulo: Sesc, n.13, p.48-56,2002.

HERÉDIA, V. B. M. Abandono na Velhice. *Textos Envelhecimento* v. 8 n 3 Rio de Janeiro. 2005.

LETTY, M. M. Idosas querem mesmo é contar sua história. In: artigo empresa e negócios. São Paulo, 2008.

LEVY, F. M. Programa de Agente Comunitário de Saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Caderno de Saúde Pública*, vol 20, nº 1, pág 197 – 203. 2004.

LIMA, J. C. Metamorfoses do Trabalho e na Organização dos Trabalhadores: Notas a partir de uma experiência recente. *Análise e Conjuntura* 2ª edição 2002.

LOTTA, G. S Saber e Poder: Agentes Comunitários de Saúde aproximando saberes locais e políticas públicas, pág. 106, 2006.

MARTINS, H. H. T. S, Metodologia Qualitativa da Pesquisa. *Educação e Pesquisa*, Universidade de São Paulo. SP, v 30 (2) p 280- 300, 2004.

MAY, T. *Pesquisa Social. Questões, Métodos e Processos*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1996.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

MORETTI, M. I. P. Cidadania: a conquista de um espaço na sociedade para os que envelhecem. Revista Kairós, 1(1): 33 – 43, 1998.

MURAD, Q. S. Idoso necessidade de compreensão, respeito e intervenção no aspecto comunicativo. Disponível em <http://www.siicsalud.com/dato/dat041/05202014.htm>. acessado em agosto de 2008.

MURATORI, E. Poesias disponível em: www.cnd.com.br/cultura acessado em 15 de julho de 2008.

MURTA, N. M. G. A velhice ao olhar da equipe do Programa Saúde da Família em Diamantina - MG – Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

NÉRI, A. L. Idosos no Brasil vivências, desafios e expectativas na terceira idade. Editora Co - edição Fundação Perseu Abramo. Edições SESC SP 1ª ed. 2007.

PEREIRA, M. C. S. A face desconhecida do idoso na Universidade Aberta da 3ª Idade da Unicentro. Revista Kairós, 6 (2):193-204. 2003.

PRADO, S. D. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 11(2): 491-501-2006.

QUARESMA, M. L – Gerontologia e Gerontologia social: contributos para análise de um percurso, pp 19-42 Revista Kairós, São Paulo 2006.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cadernos de Saúde Pública, 19 (3): 793 – 797, 2003.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Family health program: the construction of a new care model. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 13(6): 1027 – 1034, 2005.

ROWE, J. W.; KAHN, R, L. Successful ageing. Gerontologist, v.37, nº 4, p. 433- 440, 1997.

SANTOS, K. T. Agente Comunitário de Saúde: perfil adequado à realidade do Programa Saúde da Família Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2008.

SANTOS, S. S. C. Envelhecimento: visão de filósofos da antiguidade oriental e ocidental. Rev. RENE. Fortaleza, v. 2, n.1, p. 9-14, 2001.

SILVA, I. R. . Papeis Sociais e Envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida. Psicologia: Teoria e Pesquisa, vol 16, nº 1, 2000.

SILVA L, BOCCHI S. C. M. A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso. Rev Latina de Enfermagem. 13(2): 180-7, 2005.

SILVA, L. R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. História Ciências Saúde - Manguinhos, vol.15, nº. 1, p.155-168. ISSN 0104-5970, 2008.

SILVA, J. A. e DALMASCO A. S. W. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber e o fazer. Ed Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SILVESTRE, J. A, NETO, C.M.M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cadernos de Saúde Pública, vol.19, (3): 839-847, 2003.

UCHOA, E. Contribuição da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. Cadernos de Saúde Pública, 19 (3): 849- 853, 2003.

APÉNDICE I

Questionário

Número do questionário _____

Nome _____

Data de nascimento ____/____/19____

Masculino 1 Sexo:
Feminino 2

Estado de nascimento: _____

Município de nascimento : _____

Solteiro 1 Estado Civil
Casado/vive junto 2
Separado/divorciado 3
Viúvo 4
Outro 5

Não tem religião 0 Qual a sua religião?
Católica 2
Evangélica 3
Espírita 4
Judaica 5
Budista 6
Candomblé 7
Outra 8

Se outra, dizer qual é _____

Qual o último ano de escola que você frequentou?

Analfabeto	0
Primeiro grau	1 2 3 4 5 6 7 8
Segundo grau	1 2 3
Superior	1 2 3 4 5 6

Branca	1	Qual a sua cor?
negro	2	
Parda	3	
Amarela	4	
Indígena	5	

Possui vínculo empregatício?	Sim	1
	Não	2

em caso afirmativo especifique _____

Tempo de atuação como Agente Comunitário de Saúde _____

Qual é sua Formação _____

Área de atuação _____

Em sua área de atuação trabalha com grupo de atenção ao idoso?

Sim	1
Não	2

Se trabalha, qual o tipo de trabalho que você realiza?

Já participou de oficina de capacitação de saúde do idoso?	Sim	1
	Não	2

Você conhece a Política de Saúde do Idoso? Sim 1
 Não 2

Em sua residência vive alguma pessoa idosa? Sim 1
 Não 2

Quais são as principais dificuldades em atender uma pessoa idosa?

Para você, a maior dificuldade é _____

Por quê? _____

Você costuma repassar informações recebidas sobre a velhice e o envelhecimento para outros colegas?

Sim	1
Não	2

Se não explique porque _____

Em sua área de atuação quais as atividades que o idoso participa

caminhadas	1
recreação	2
Atividades manuais	3
música	4
outras	5

Se respondeu outras relacione quais _____

Você considera importante a participação do idoso em atividades físicas?

Sim 1

Não 2

A partir de que idade você considera que uma pessoa deve iniciar com trabalhos para prevenir doenças no idoso _____

APÊNDICE II

Roteiro para entrevista com agente comunitário de saúde

Nome

Formação

Religião

Tem convívio com pessoas idosas na família? Quem?

Há quanto tempo você atua como agente de saúde?

O que a levou a ser agente de saúde?

Como aconteceu a sua contratação para trabalhar como agente de saúde?

Qual o seu vínculo de trabalho

Em relação ao trabalho com idosos, relate como aconteceu sua capacitação para este público específico. O que mais lhe chamou a atenção?

Fale um pouco sobre seu trabalho como agente junto aos idosos de sua área de abrangência. Relate seu dia a dia com eles.

Como deve ser o agente (trace o perfil de um agente de saúde trabalhando com uma comunidade idosa)

Se você fosse idosa, como gostaria que o agente de saúde lhe tratasse?

Relate o que no seu ponto de vista pode melhorar? Como?

APÉNDICE III

Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Sr (a),

Solicito o seu consentimento para participar da nossa pesquisa cujo título é: Educação em Saúde: trabalhando o envelhecer com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em Diamantina MG, que está sendo realizada no Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Essa pesquisa tem como objetivo: Estudar o atendimento prestado pelo Agente Comunitário de Saúde de Diamantina, no trabalho junto ao idoso desde a fase de implantação do programa PSF e PACS.

As informações necessárias para o preenchimento de questionários, serão obtidas em entrevista diretamente com o senhor (a).

Todas essas informações serão absolutamente sigilosas, serão mantidas com os pesquisadores e seu nome jamais será mencionado na divulgação dos resultados da pesquisa.

A sua participação é absolutamente voluntária e caso não queira participar em algum momento, o seu trabalho nesta instituição não será prejudicado, podendo desistir de participar da entrevista e solicitar a suspensão do seu consentimento, mesmo após ter sido realizada a entrevista.

Agradeço-lhe atenção e deixo o meu telefone para contato.

Enfermeira: Márcia Aparecida de Almeida Vieira

Pesquisadora

Fone para contato: (38) 3531-1811 (grupo Jequi) ou (38) 91191615

Diamantina, __/ __/ __

Consentimento do entrevistado _____

Título provisório*