



Vivências de agentes comunitários de saúde na atenção a idosos acometidos por doenças crônicas

Experiences of community health agents in the care of the elderly affected by chronic diseases

Marinês Tambara Leite¹, Sandra Dal Pai², Leila Mariza Hildebrandt¹, Luiz Anildo Anacleto da Silva¹

Objetivo: compreender como se dão as vivências de agentes comunitários de saúde na atenção a idosos acometidos por doenças crônicas. **Métodos:** pesquisa qualitativa, com 20 agentes comunitários de saúde entrevistados. Dados analisados seguindo os passos da análise de conteúdo. **Resultados:** a atenção aos idosos tem limitações em função da reduzida escolaridade destes, a resistência em aderir à terapia medicamentosa e a pouca frequência às unidades de saúde. Também, ao próprio processo de envelhecimento, que pode comprometer o cuidado de si e a realização de atividades diárias. **Conclusão:** identificaram-se dificuldades dos agentes comunitários de saúde na atenção a idosos com doenças crônicas, uma vez que há pouca adesão destes ao tratamento e ao serviço de saúde.

Descritores: Idoso; Doença Crônica; Agentes Comunitários de Saúde; Enfermagem.

Objective: to understand which are the experiences of community health agents in the care of patients with chronic diseases. **Methods:** qualitative research carried out through the interview of 20 community health agents. Data were analyzed following the steps of content analysis. **Results:** the care for the elderly has limitations due to their low educational level, resistance to adhere to drug therapy and low frequency of visits to health facilities. Another reason is the aging process in itself that may compromise the ability of self-care and the development of daily activities. **Conclusion:** difficulties of community health agents were identified in the care of elderly people with chronic diseases due to low adherence to treatment and to the health service.

Descriptors: Aged; Chronic Disease; Community Health Workers; Nursing.

¹Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

²Unidade de Pronto Atendimento. Santa Rosa, RS, Brasil.

Autor correspondente: Marinês Tambara Leite

Rua Floriano Peixoto, 776 – Centro – CEP: 98700-000. Ijuí, RS, Brasil. E-mail: tambaraleite@yahoo.com.br

Introdução

No cenário da população mundial, há algum tempo, vem aumentando a expectativa de vida e de idosos, acompanhado pela transição demográfica dividida em três fases, que ocorre na maioria dos países: 1ª fase: elevadas taxas de mortalidade e fecundidade; 2ª fase: queda da mortalidade e crescimento populacional; e 3ª fase: queda da fecundidade e envelhecimento populacional⁽¹⁾. Estas etapas são acompanhadas e influenciadas pela atenção à saúde, ofertada pelos serviços, que cada vez mais direcionam suas atividades para as particularidades da comunidade, da família e do indivíduo, favorecendo a promoção, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas que vivenciam alguma doença em todas as fases de sua vida.

É na velhice que a maioria das pessoas é acometida por alguma morbidade, em especial, por uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis, vivenciada pelos idosos por longos períodos clínicos, e que, pode acarretar debilidade orgânica e psíquica. Ademais, pessoas idosas possuem conhecimento parcial relativo às doenças crônicas⁽²⁾. Por isso, há necessidade de os idosos conhecerem os fatores que contribuem para o desenvolvimento destas morbidades. Além disso, os serviços de saúde devem aprimorar os programas de educação em saúde, com foco na população idosa masculina, com menor escolaridade, com dificuldade de acesso ao sistema de saúde, história familiar de doenças crônicas e que não participa de atividades grupais⁽²⁾.

Identifica-se que os idosos acometidos por doença crônica tendem a piorar cada vez mais com o processo de envelhecimento, o que justifica as altas prevalências dessas enfermidades. Do ponto de vista da ausência de doenças, o número de anos vividos livre de morbidades é relativamente baixo, visto que a prevalência de enfermidades crônicas entre os idosos é elevada. Entre mulheres idosas, as diferenças nas estimativas da expectativa de vida com percepção de saúde boa e livre de incapacidade funcional são quase cinco vezes maiores que a expectativa de vida livre de

doenças crônicas⁽³⁾.

Ações criadas pelo Ministério da Saúde do Brasil referentes às estratégias adotadas para o cuidado do indivíduo com doença crônica enfocam que os quatro grupos de morbidades de maior impacto mundial são aquelas do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias, as quais possuem quatro fatores de risco em comum: tabagismo, consumo excessivo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física⁽⁴⁾.

As ações previstas para o combate do tabagismo e ao consumo excessivo de álcool têm a finalidade de orientar as pessoas sobre os riscos oriundos de seu consumo e os benefícios advindos a partir de sua interrupção, formas de lidar com a síndrome de abstinência, a dependência psicológica e física, bem como a descompensação aguda das doenças crônicas⁽⁴⁾. Em relação à alimentação e inatividade física, o foco se dá no controle e prevenção de agravos das doenças crônicas, preconizando ações de exercícios físicos, que produzem gastos de energia e redução do risco de desenvolver condições crônicas⁽⁴⁾. Isto porque quando o indivíduo coloca-se como protagonista do autocuidado, colabora para o desenvolvimento humano, permitindo cultivar a plenitude funcional e estrutural⁽⁵⁾.

O Ministério da Saúde do Brasil criou a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, a qual aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A partir daí, a rede de atenção básica se constitui como principal porta de entrada dos usuários nas instituições de saúde, por meio de serviços ofertados por equipe multiprofissional. Esta rede conta com uma estrutura de pessoal composta por: médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros profissionais, a depender da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população⁽⁶⁾.

Em relação ao agente comunitário de saúde, este tem como atribuição o cadastro de famílias, da

região geográfica definida em sua microárea, e manutenção do mesmo atualizado; acompanhamento por meio de visita domiciliar de todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, com vistas à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao seguimento das pessoas com problemas de saúde⁽⁶⁾. A partir das atribuições definidas aos agentes comunitários de saúde, identifica-se a extensa responsabilidade deste profissional frente às demandas da comunidade. Observa-se que este deve estar em contínuo aprimoramento de saberes, para entender o processo de trabalho e as ações que devem ser realizadas em conjunto com a equipe de saúde da família, para que possa acompanhar e ser resolutivo diante dos problemas de saúde enfrentados pelos usuários.

A educação permanente, além de sua dimensão pedagógica, deve ser encarada como uma estratégia de gestão, com potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”^(6:39).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica, o redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras⁽⁶⁾. Assim, trabalhar com o contingente populacional de idosos acometidos por doença crônica requer habilidades específicas dos profissionais de saúde, em especial do agente comunitário de saúde, que tem a função de fazer o intercâmbio entre comunidade e os serviços de saúde, pois traz as informações e necessidades da comunidade para a equipe multiprofissional e, também, retorna-as à população. As ações que os idosos requerem dos agentes comunitários de saúde são que eles tenham conhecimentos específicos sobre a área do envelhecimento, para atender suas demandas.

Diante dos dados até aqui expostos, tem-se como pergunta de pesquisa: como se dão as vivências de agentes comunitários de saúde na atenção a idosos acometidos por doenças crônicas? Para responder a este questionamento, elaborou-se o seguinte objetivo: compreender as vivências de agentes comunitários de saúde na atenção a idosos acometidos por doenças crônicas.

Métodos

Pesquisa qualitativa, realizada em um município do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil, o qual conta com uma população, de 34.225 habitantes e, destes, 3.589 (10,4%) têm 60 anos ou mais de idade⁽⁷⁾, ou seja, são idosos.

A produção dos dados ocorreu de junho a agosto de 2013, cujos participantes foram Agentes Comunitários de Saúde, vinculados a Unidades Básicas de Saúde que possuem a Estratégia Saúde da Família. A seleção do participante foi do tipo intencional, em que os entrevistados foram selecionados pela pesquisadora por considerar que eles possuíam características representativas da população e pela importância que eles têm em relação ao tema estudado. Em função da natureza metodológica adotada, a interrupção das entrevistas ocorreu quando os pesquisadores identificaram a saturação das informações, ou seja, no momento em que os dados começaram a se repetir e não acrescentaram novos elementos ao conteúdo coletado⁽⁸⁾.

Os critérios de inclusão dos participantes no estudo foram: ser Agente Comunitário de Saúde e estar vinculado a uma Estratégia Saúde da Família. Como meio de obtenção das informações, foi utilizada a entrevista aberta com uma questão balizadora: fale sobre sua vivência em relação aos cuidados prestados a idosos acometidos por doenças crônicas.

Seguindo esses procedimentos, foram entrevistados 20 Agentes Comunitários de Saúde. De posse das informações advindas das entrevistas, estas foram organizadas e analisadas, seguindo os preceitos

da análise de conteúdo, que consistiu de três etapas: pré-análise, na qual se organizou e sistematizaram-se as ideias iniciais; exploração do material, em que se realizou a codificação; tratamento dos resultados, a inferência e interpretação, em que os mesmos foram tratados, de modo a serem significativos e válidos⁽⁹⁾. Em síntese, a análise identificou os elementos críticos, agrupou e categorizou os relatos conforme relevância para a pesquisa. Para garantia do anonimato, os sujeitos foram nominados pelas iniciais ACS, seguidas de um número, não necessariamente na ordem em que foram realizadas as entrevistas.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Quanto à caracterização dos 20 Agentes Comunitários de Saúde que participaram do estudo, 19 eram do sexo feminino e um do sexo masculino, estavam na faixa etária de 24 a 51 anos de idade. Em relação à situação conjugal, 13 eram casados, cinco solteiros, um separado e um divorciado. No que diz respeito à escolaridade, 14 concluíram o ensino médio, três tinham curso de graduação concluído e três estavam cursando o ensino de graduação. A renda média era de um salário mínimo e meio. No período de coleta de dados, o salário mínimo vigente no País era R\$ 678,00, o que corresponde US\$ 303,763. O tempo de atuação nessa função oscilava de seis meses a 12 anos. Os dados evidenciaram que o número médio de famílias atendidas por agente comunitário de saúde era de 180, com variação de 133 a 265 famílias. Em relação ao número de idosos atendidos pelos agentes comunitários de saúde, verificou-se que a média era de 64 idosos por profissional, com oscilação de 25 a 130 por área geográfica de abrangência.

A partir da leitura e releituras do conteúdo advindo das entrevistas elaborou-se, por convergência de ideias, uma categoria de análise. Esta versa acerca das práticas estabelecidas pelos agentes comunitários

de saúde na atenção a idosos acometidos por uma ou mais doença crônica.

Práticas estabelecidas entre agentes comunitários de saúde e idosos acometidos por doença crônica

Os agentes comunitários de saúde, quando indagados sobre as experiências cotidianas do trabalho, especialmente com a população idosa, relataram que vivenciavam diferentes dificuldades. Uma delas dizia respeito à resistência que os idosos apresentavam em realizar mudanças de hábitos de vida. Assim, os agentes comunitários de saúde manifestaram que enfrentavam problemas para efetivar as orientações relativas à educação em saúde. Apontaram como fator que contribui para isso o reduzido nível de escolaridade dos idosos, o que inibe a compreensão e o seguimento das orientações. Isto parece influenciar diretamente na saúde e na prevalência de doenças crônicas neste estrato populacional: *A maior dificuldade para passar as informações é para eles se adaptarem com a modernidade. Eles não se adaptam. Eles são tempo antigo ainda. 'Há, vou tomar um chazinho só e estou bem'. Então até ele entender que não é só a medicação, tem que fazer uma dieta, até ele aceitar está sendo difícil. Já faz dois meses que nós temos trabalhando nisso (ACS 2). Às vezes nem é uma tentativa de instrução. É pedir para eles não comerem arroz, batata e massa e daí você chega e tem na mesa arroz, batata e massa. 'Por favor, isso vai te prejudicar, vai fazer mal, vai potencializar a doença'. Ou pedir para diminuir o sal, a gordura (ACS 9). Eu vejo o analfabetismo como um dos maiores agravantes quando se trata dos idosos. É o que mais prejudica meu trabalho e que não tem o que se fazer (ACS 11).*

Além da resistência das dificuldades de adesão para mudança de hábitos de vida por parte dos idosos, observou-se ainda que a baixa escolaridade desta população afeta, também, a sua compreensão para o uso de medicações e conhecimento sobre as mesmas, uma vez que foram relatadas confusões entre os tipos de medicamentos e os horários de ingestão, podendo interferir na saúde dos idosos e levar a um pior desfecho clínico. Assim, a participação da família no cuidado ao idoso é de fundamental importância, incluindo o momento em que os profissionais de saúde necessi-

tam fazer orientações sobre a terapia medicamentosa: *A maioria das vezes eles misturam os remédios, daí eles teimam... 'É para tal coisa, é para isso'. Eu ligo para cá, falo com elas (equipe), elas repetem... 'Não, é para isso assim...'. Elas sentem aquela segurança, porque confiam... (ACS 2). Então a gente tem bastante dificuldade porque os idosos tomam a medicação errada e a família não se importa. Que nem a alimentação. Comem certo uns dias e depois voltam a fazer errado de novo (ACS 8). A gente enfrenta problemas porque eles não aceitam, não tomam medicação, não aceita o que o médico falou... (ACS 20).*

O agente comunitário de saúde, também, encontrou limitações em sua prática com o idoso no momento de lhe orientar sobre a importância de frequentar o serviço de saúde, pois mesmo que este trabalhador seja um dos integrantes da equipe multiprofissional, uma atenção mais qualificada se faz com o vínculo de toda equipe de saúde, a qual, em sua maioria, se encontra alocada nas unidades de saúde: *O que me limita é eles não gostarem do posto. A resistência deles em vir ao médico. Então quando a doença vem, eles vão parar no hospital, fazem o tratamento no hospital, mas no posto eles não querem vir (ACS 7). A maneira que eu chego para abordar alguma coisa tem que ser brincando, porque quando eu começo a dizer que tem que ir ao posto eles já começam a ficar meio arredios, brabos. É bem complicado para trazer eles no posto (ACS 8).*

Os idosos acometidos por doenças crônicas são os que estão expostos a riscos de agravamento de saúde e entre o grupo de usuários que deve receber maior número de visitas domiciliares. Observou-se, em contraponto, nas falas de alguns profissionais, a dificuldade de o agente comunitário de saúde acessar alguns domicílios de idosos com frequência: *Não consigo visitar todas as famílias, porque tem que ficar na unidade, na recepção, nos sobrecarrega um pouco (ACS 14). Eu priorizo a demanda "para ontem". Falta profissional. A gente teria uma demanda para mais uns três agentes de saúde para poder cobrir toda área com totalidade. Para fazer aquela visita por mês (ACS 6). Tenho 185 famílias. Às vezes não consigo fazer o trabalho direito. Todos os meses eu não consigo fazer as visitas porque têm as reuniões, os outros eventos. Tem famílias que ficam 2, 3 meses, até 4 sem visita. Então não tem como seguir aquele roteiro bonito porque nunca funcionou (ACS 11).*

Além das dificuldades encontradas nas orienta-

ções com os idosos, os agentes comunitários de saúde relataram enfrentar obstáculos quando o idoso necessita de atenção que ultrapassa o alcance que a equipe de saúde pode lhe proporcionar e/ou necessita ser inserido em serviços especializados. Isto produz limitações para o desenvolvimento do trabalho dos agentes comunitários de saúde: *Não posso dizer que tenha dificuldade. Eu acho que tem muita limitação é na rede mesmo. Às vezes precisa de uma extensão da rede e não consegue, não tem acesso ou é muito demorado. O quadro se agrava bastante por isso. Mas dificuldade não é bem a palavra (ACS 1). A gente não consegue fazer muita coisa, porque falta depois, porque não é só a equipe aqui. A gente se desdobra para conseguir um exame, uma consulta, mas eles entram na fila do Sistema Único de Saúde e o problema é na rede (ACS 9). Fui atrás da vigilância sanitária, só que não tive respaldo nenhum. É isso eu te digo... você bate lá naquele muro. Então, como agente de saúde sai frustrado, porque chega tal momento e você não tem um "seguir". Na verdade só apaga o incêndio. Vai para casa ansiosa, se sente incompetente, porque não consegue fazer como queria que fosse, como acha certo de ser. Então respira, vai com a consciência da parte que tu fez, fecha a porta da tua casa e deixa o resto para fora. Porque tu acaba se envolvendo (ACS 6).*

Foi possível identificar nas falas dos participantes da pesquisa que estes desenvolviam a prática pautada na responsabilidade, no compromisso e na compreensão da realidade em que viviam. Reconheceram as limitações que vivenciavam, porém sentiram-se impotentes diante de determinadas situações, uma vez que para sua resolutividade dependiam de outros serviços e/ou de outros profissionais. Isto é para qualificar o praxis, o contexto sociocultural deve ser considerado, precisa haver uma rede de serviços de saúde articulada, cumprindo com seu papel, assim como os profissionais nela envolvidos.

Discussão

Entende-se que este estudo tem limitações, uma vez que foi restrito a um município, o que conduz para uma determinada realidade. Isto se deve, em parte, pelo método de pesquisa adotado, o qual se preocupa com uma realidade que não pode ser quan-

tificada e se utiliza de informações advindas da subjetividade dos participantes⁽¹⁰⁾. Contudo, considera-se que seus resultados produziram informações úteis e válidas que podem contribuir para as políticas de atenção à saúde, em especial com foco na população idosa, e para orientar medidas de intervenção em saúde direcionadas a esse grupo populacional, que se encontra em contínuo crescimento no contingente de brasileiros.

A prática dos Agentes Comunitários de Saúde junto à população idosa é vivenciada de diferentes modos, em especial, por considerarem as limitações ou resistências apresentadas pelas pessoas idosas. Uma das dificuldades que eles apontaram diziam respeito a barreiras que os próprios idosos apresentavam, como baixa capacidade de assimilação das orientações, comumente em função da reduzida escolaridade, resistência em aderir ao que é acordado em termos de modificações nos hábitos de vida e o uso correto da terapia medicamentosa.

Estudo realizado com idosos acometidos por doenças crônicas mostra que aqueles sem escolaridade apresentaram médias inferiores de qualidade de vida, quando comparados aos alfabetizados⁽¹¹⁾. Além disso, idosos com baixa escolaridade tendem a não aceitar a dieta recomendada e mudar seu estilo de vida. Quando comparado o número de morbidades com anos de estudo, pesquisa evidenciou que idosos sem escolaridade apresentam mais de três morbidades, enquanto que aqueles que possuem mais de oito anos de estudo referem não ter doenças⁽¹¹⁾. O nível de escolaridade pode ser importante fator de obtenção de conhecimentos e o consequente cuidado de si, com a adoção de hábitos de vida mais saudáveis.

Embora os profissionais ainda recorram a práticas educativas verticalizadas, a educação em saúde reveste-se como a principal estratégia para mudanças de hábitos de vida, com vistas a melhorar as condições de saúde, individuais ou coletivas. A educação em saúde valoriza o conhecimento prévio da população e se ancora no saber científico⁽¹²⁾. Diferentes metodologias devem ser adotadas e disponibilizadas para

operacionalização de educação em saúde para idosos, tendo em vista a complexidade do processo de envelhecimento, associada a fatores próprios do indivíduo, como crenças, valores, normas e modos de vida. Desta forma, devem-se levar em consideração os saberes, a cultura e o meio em que os idosos estão inseridos ao planejar intervenções de educação em saúde junto a esta população⁽¹³⁾.

O envelhecimento da população faz com que a sociedade enfrente diferentes desafios em termos de cuidados de saúde e de educação. Os idosos que possuem apoio social e cuidados, por parte de amigos e familiares, podem autogerir sua vida e viver de modo independente. Contudo, a maior prevalência de doenças crônicas nesta faixa etária compromete a autogestão da vida diária e o controle destas enfermidades, o que dificulta a educação em saúde⁽¹⁴⁾. Além disso, a implantação de programas educacionais para pessoas idosas tem enfrentado resistência, pela dificuldade destas modificarem seu estilo de vida e aderir aos planos terapêuticos⁽¹⁴⁾. Assim, identificou-se neste estudo que o baixo nível de escolaridade dos idosos torna o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde mais difícil e este profissional deve estar preparado a desenvolver estratégias para lidar com este público, no sentido da integralidade das ações de cuidado.

Além do reduzido nível de escolaridade que dificulta a compreensão e execução das orientações sobre as doenças crônicas por parte dos idosos, uma das causas da não adesão ao tratamento medicamentoso é o esquecimento próprio e de quem lhe administra o medicamento e a recusa em tomar os fármacos⁽¹¹⁾. O modo de ofertar cuidado é por meio de práticas educativas, que se constituem em instrumento potencializador da ação de cuidar, as quais podem ser desenvolvidas por meio de grupos de convivência⁽¹⁵⁾.

A associação entre escolaridade, melhor qualidade de vida e autocuidado tem sido discutida. Assim, é necessário estar atento para este fato e, ao realizar educação em saúde, utilizar linguagem acessível. Da mesma forma, na confecção de cartazes, valorizar a comunicação visual, visando atingir o público-alvo.

Ainda, com o processo de envelhecimento humano pode ocorrer diminuição da capacidade auditiva e visual, interferindo na comunicação. Nesta perspectiva, é possível melhorar a interação falando de frente para o idoso e de forma pausada, para que ele possa visualizar os lábios do interlocutor⁽¹⁴⁾.

Dentre as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde com a população idosa, observou-se que este profissional deve ter atenção redobrada com os que fazem uso de mais de um medicamento por dia, orientando o idoso ou familiar a solicitar para o médico a receita legível e com as devidas informações, relativas ao uso do fármaco. Além disso, o Agente Comunitário de Saúde pode ajudar o idoso que não sabe ler a dividir os medicamentos e colocá-los em embalagens, com desenho do horário que deve ser ingerido. Também, orientar a não ter como referência cor e tamanho do comprimido, pois podem mudar de acordo com o laboratório fabricante⁽¹⁶⁾.

O idoso que frequenta o serviço de atenção primária tem a oportunidade de obter intervenções de promoção, prevenção e controle das doenças, conhecendo novas estratégias de cuidado de si, por meio de orientações ofertadas pela equipe de saúde e participação em grupos comunitários, tendo a possibilidade de ser um sujeito ativo no seu processo de envelhecimento. Assim, a equipe de saúde consegue fortalecer a comunicação com idosos quando desenvolve a habilidade de interpretação da linguagem verbal e não verbal para identificar as necessidades reais desse público, sendo favorecidas com expressões faciais como atenção, sorriso e interesse, fortalecendo o vínculo de afeto, reciprocidade e respeito entre equipe e usuário. Uma comunicação clara e que reduza conflitos entre a equipe de saúde e usuário facilita a adesão do idoso ao tratamento e harmoniza o vínculo com a equipe⁽¹⁷⁾.

Dentre o grupo de prioridades que o Agente Comunitário de Saúde deve seguir, consistia em dar maior atenção e aumentar a frequência das visitas domiciliares para os idosos que possuem fatores predisponentes para incapacidade e mortalidade, como

riscos para queda ou hospitalização nos últimos seis meses, presença de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial sem acompanhamento, acamados ou com dificuldade de se locomover até serviço de saúde e aqueles que ficam sozinhos e têm várias doenças crônicas⁽¹⁸⁾.

Mesmo com a dificuldade relatada pelo Agente Comunitário de Saúde na inserção do idoso nos serviços que necessitam, há legislação que assegura atenção integral à saúde do idoso, com garantia de acesso universal e igualitário. Além disso, têm-se assegurados, também, os aspectos relativos ao acolhimento da pessoa idosa nos serviços de saúde, com a utilização do sistema de agendamento e marcação de consulta e da referência e contrarreferência⁽¹⁹⁾.

Para além das ações junto ao idoso, o Agente Comunitário de Saúde relatou experimentar momentos de sofrimento em decorrência do trabalho que executa. Estudo com Agente Comunitário de Saúde mostra que o mesmo vivencia sofrimento psíquico, quando relata ter insatisfação decorrente dos conflitos entre os membros da equipe e das condições que o trabalho lhe impõe, principalmente pela sobrecarga de tarefas⁽²⁰⁾. Outro fato se deve em função de que o Agente Comunitário de Saúde cria expectativas, particularmente no início da sua carreira, no intuito de dar resolutividade para os problemas encontrados na sua comunidade e quando enfrenta sua magnitude, sente-se decepcionado por não conseguir resolver as demandas⁽²⁰⁾.

Os participantes do estudo vivenciaram dificuldades que podem ser de ordem extrínseca e intrínseca a sua atuação. Dentre as limitações externas, identificou-se a não adesão das orientações por parte dos idosos, as dificuldades de acesso ao serviço e ao uso de medicamentos e ao elevado número de famílias para atender. Entre os de natureza intrínseca, referiram as limitações de conhecimento acerca de determinadas necessidades, falta de autonomia e ansiedade, desenvolvida diante da não resolutividade de situações e/ou problemas dos idosos.

Conclusão

O estudo realizado possibilitou identificar que, na relação vivida com idosos, os agentes comunitários de saúde enfrentaram dificuldades para o repasse de orientações sobre doenças crônicas e, com certa frequência, não aderidas pelo público idoso. Estas ocorreram por vários motivos: baixa escolaridade dos idosos, dificuldade em perceber a importância de frequentar as unidades de saúde e o esquecimento, que pode estar associado ao processo de envelhecimento do ser humano.

Além das dificuldades encontradas com os idosos, os agentes comunitários de saúde também relataram enfrentar adversidades para executar ações inerentes a seus afazeres, como excessiva demanda de trabalho, pela falta de profissionais da área e, conseqüentemente, realizar menos visitas domiciliares àqueles usuários que necessitam de maior atenção. Também, dificuldade para continuidade no acesso a serviços especializados, quando o idoso requer cuidado de maior complexidade, por estar enfrentando situação de fragilidade, o que coloca o agente comunitário de saúde, muitas vezes, em conflito profissional. Nesse cenário, observou-se que estes profissionais devem aprimorar seus conhecimentos para facilitar o contato e a troca de informações com os idosos, por meio da educação em saúde que pode ser promovida pelo enfermeiro.

Colaborações

Leite MT participou da elaboração do projeto, análise dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão. Dal Pai S participou da elaboração do projeto, coleta, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Hildebrandt LM e Silva LAA contribuíram na revisão crítica relevante do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Chaimowicz F, Barcelos ME, Madureira MDS, Ribeiro MTF. Saúde do idoso. Belo Horizonte: Nescon UFMG; 2013.
2. Song Y, Ma W, Yi X, Wang S, Sun X, Tian J, et al. Chronic diseases knowledge and related factors among the elderly in Jinan, China. PLoS One [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar. 13]; 8(6):e68599. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3691150/pdf/pone.0068599.pdf
3. Camargos MCS, Gonzaga MR. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. Cad Saúde Pública. 2015; 31(7):1460-72.
4. Ministério da Saúde (BR). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
5. Warren-Findlow J, Seymour RB, Huber LRB. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. J Community Health. 2012; 37(1):12-24.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009.
8. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad Saúde Pública. 2011; 27(2):389-94.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
10. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 2011.
11. Nascimento ACG, Alves ACP, Almeida AIM, Oliveira CJ. Características da adesão terapêutica em pessoas com hipertensão arterial e identificação do diagnóstico de enfermagem "falta de adesão" na atenção primária. Rev APS. 2013; 16(4):365-77.

12. Santos SAL, Tavares DMS, Barbosa MH. Fatores socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doenças entre idosos. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2010 [citado 2015 ago 8]; 12(4):692-7. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a14.htm
13. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(3):847-52.
14. Mallmann DG, Galindo Neto NM, Sousa JC, Vasconcelos EMR. Health education as the main alternative to promote the health of the elderly. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(6):1763-72.
15. Kececi A, Bulduk S. Health education for the elderly. *Geriatrics Prof Craig Atwood* [Internet]. 2012. [cited 2015 Aug 8]. Available from: <http://www.intechopen.com/books/geriatrics/health-education-for-elderly-people>
16. Both JE, Leite MT, Hildebrandt LM, Beuter M, Muller LA, Linck CL. Qualification of the nursing team by means of convergent-care research: contributions to the care of the hospitalized elderly person. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(3):486-95.
17. Martins AB, D'ávila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção primária a saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(8):3403-16.
18. Almeida RT, Ciosak ST. Comunicación entre el anciano y el equipo de salud de la familia: ¿existe integralidad? *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(4):884-90.
19. Ministério da Saúde (BR). Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
20. Rosa AJ, Bonfanti AL, Carvalho CS. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. *Saúde Soc*. 2012; 2(1):141-52.