

Envelhecimento e demência: o que sabem os Agentes Comunitários de Saúde?

AGEING AND DEMENTIA: WHAT DO COMMUNITY HEALTH WORKERS KNOW?

ENVEJECIMIENTO Y DEMENCIA: QUÉ SABEN LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD?

Heloise da Costa Lima Fernandes¹, Sofia Cristina Iost Pavarini², Elizabeth Joan Barham³, Mariza Silvana Zazzetta de Mendiondo⁴, Bruna Moretti Luchesi⁵

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo cujo objetivo foi identificar o conhecimento que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) apresentam sobre envelhecimento e demência, com a finalidade de subsidiar a implantação de uma linha de cuidado à demência em um município paulista. Todos os cuidados éticos foram observados. Os sujeitos foram 51 ACS. O instrumento de coleta foi a entrevista semiestruturada. A análise foi fundamentada na técnica de conteúdo. Com relação à questão *o que é idoso para você*, a maioria dos agentes associam aspectos negativos do envelhecimento à idade cronológica, como dependência física e social. Com relação à concepção de demência, a maioria dos entrevistados a define como um problema biológico que afeta o cérebro, compromete a memória e causa dependência. Os resultados apontam para a necessidade de um programa de capacitação dos agentes em gerontologia.

DESCRITORES

Idoso.
Envelhecimento.
Demência.
Programa Saúde da Família.
Auxiliares de Saúde Comunitária.

ABSTRACT

The objective of this qualitative study was to assess the knowledge of community health workers (CHW) with respect to aging and dementia, with the purpose of assisting the implantation of caregiving services focused on dementia, in a city in the State of São Paulo. All ethical guidelines were followed. In all, 51 CHW were evaluated. Semi-structured interviews were conducted. The data analysis was based on content analysis. In response to the question, *What does elderly mean, for you?*, the majority of the workers associated old age with chronologically advanced age and with negative aspects of aging, such as physical and social dependence. With respect to the concept of dementia, the majority of those interviewed defined dementia as a biological problem that affects the brain, compromising memory functions and resulting in dependency. The results demonstrate the need for an educational program for CHW, in the area of gerontology.

KEY WORDS

Aged.
Aging.
Dementia.
Family Health Program.
Community Health Aides.

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo, cuyo objetivo fue identificar el conocimiento que los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) presentan al respecto de envejecimiento y demencia, con la finalidad de impulsar la implantación de una línea de cuidado de la demencia en un municipio paulista. Todos los cuidados éticos fueron observados. Los sujetos fueron 51 ACS. El instrumento de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada. El análisis se fundamentó en la técnica de contenido. En relación a la pregunta *¿qué es ser anciano para usted?*, la mayoría de los agentes asociaron su respuesta con la edad cronológica y aspectos negativos del envejecimiento, como dependencia física y social. Al respecto del concepto de demencia, la mayoría de los entrevistados la definió como un problema biológico que afecta al cerebro, compromete la memoria y causa dependencia. Los resultados indican la necesidad de un programa de capacitación de los agentes en gerontología.

DESCRIPTORES

Anciano.
Envejecimiento.
Demência.
Programa de Salud Familiar.
Auxiliares de Salud Comunitária.

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem em Saúde Coletiva pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Membro do Grupo de Pesquisa Saúde e Envelhecimento - CNPq e Grupo de Pesquisa Avaliação de Necessidades de Saúde. São Carlos, SP, Brasil. heloisefernandes@usp.br ² Psicóloga. Doutora em Psicologia Social e Desenvolvimento Aplicado. Professora Associada do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos. Membro do Grupo de pesquisa Saúde e Envelhecimento - CNPq. São Carlos, SP, Brasil. lisa@ufscar.br ³ Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Doutorado Sanduíche com Gesamthochschule Cassel-Ghk em Kassel, Alemanha. Coordenadora do Programa do Idoso da Unidade Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos. Membro do Grupo de Pesquisa Saúde e Envelhecimento - CNPq. São Carlos, SP, Brasil. marisam@ufscar.br ⁴ Assistente Social. Doutora em serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Doutorado Sanduíche com Gesamthochschule Cassel-Ghk em Kassel, Alemanha. Coordenadora do Programa do Idoso da Unidade Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos. Membro do Grupo de Pesquisa Saúde e Envelhecimento - CNPq. São Carlos, SP, Brasil. marisam@ufscar.br ⁵ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos. Membro do Grupo de Pesquisa Saúde e Envelhecimento - CNPq. São Carlos, SP, Brasil. bruna_luchesi@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF), instituído pelo Governo Federal como uma estratégia para a implantação do Sistema Único de Saúde, tem mostrado a importância da aproximação dos trabalhadores da saúde com as famílias⁽¹⁾. O desconhecimento de assuntos relacionados ao envelhecimento pode contribuir para um atendimento de má qualidade por parte dos profissionais que prestam assistência⁽²⁾. Estes trabalhadores, se preparados para compreenderem o que é próprio do processo de envelhecimento e o que é patológico, certamente poderão contribuir para a detecção mais precoce dos problemas de saúde dos idosos.

Dentre as doenças que afetam os idosos, a demência merece especial atenção, uma vez que interfere na capacidade funcional dos idosos. Estimativas apontam que o número de casos de demência na América Latina deve aumentar 393% até 2040. No Brasil, o problema afeta cerca de um milhão de pessoas. O aumento do número de casos de demência produzirá elevados custos socioeconômicos, o que gera preocupação para as instituições públicas e governos. Estudos que subsidiem políticas e ações de assistência a esta população, são de grande relevância⁽³⁾.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é uma importante ferramenta do PSF. É o ACS que faz a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realizando o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimulando a comunidade⁽⁴⁾. Os ACS tanto podem fazer parte de uma equipe de PSF ou do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991 e considerado parte do PSF ou programa de transição para o PSF, naqueles municípios onde há somente o PACS. As atribuições básicas dos ACS, detalhadas em 33 itens, estão estabelecidas na Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997. Entre as atribuições estão: desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas junto às famílias pelas quais são responsáveis, abordagem dos direitos humanos e estimulação à participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida⁽⁴⁾.

Inspirar confiança na comunidade e ter características de liderança são bons requisitos para o ACS. Ao possuir estas qualidades, o agente se torna um trabalhador especial, que conhece a realidade de sua comunidade, os problemas e prioridades dos usuários. Estas qualificações, em princípio, são mais importantes que as qualificações técnicas, adquiridas posteriormente através de treinamentos das equipes⁽⁵⁾. O *pertencimento à comunidade* apresentado pelos ACS, facilita a criação de vínculos com ela, o que possibilita a construção de processos de educação em saúde⁽⁶⁾.

Em contrapartida ao vínculo com a comunidade e o prestígio e poder que a população deposita nos ACS, estes profissionais lidam com a pressão popular de pessoas insatisfeitas com o serviço de saúde e, ainda, com os esforços de alguns moradores que tentam obter favorecimentos no acesso ao serviço⁽⁴⁾.

A realização de pesquisas sobre as concepções dos trabalhadores envolvidos no cuidado ao idoso pode contribuir para implementação de políticas públicas. Um estudo realizado com o objetivo de analisar as concepções dos agentes comunitários de saúde sobre envelhecimento mostrou que os agentes comunitários apresentam opiniões negativas a respeito do envelhecimento e uma relação com a população idosa marcada por queixas relacionadas ao adoecimento. Ao perguntarem o que os agentes gostariam de saber sobre o idoso e o seu envelhecimento, os autores tiveram como resposta dos agentes: *tudo*. Este dado indica a necessidade de informações que os agentes comunitários apresentam sobre o envelhecimento e as patologias decorrentes deste processo⁽⁷⁾.

Ao pensarmos como uma das atribuições dos ACS a educação em saúde, reconhecemos o envolvimento dos agentes na saúde e também na educação, o que reforça a importância de se conhecer as práticas e principalmente as concepções de educação e de saúde destes profissionais. Afinal, são *as próprias concepções acerca dos processos de saúde/doença que dão sentido às ações dos profissionais*⁽⁶⁾. Desta forma, a maneira como o trabalhador da saúde compreende o envelhecimento estará refletida no cuidado prestado⁽²⁾.

A realização de pesquisas sobre as concepções dos trabalhadores envolvidos no cuidado ao idoso pode contribuir para implementação de políticas públicas.

A Educação Permanente em Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde, tem como um de seus objetivos a possibilidade de transformação das práticas profissionais e deve levar em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm⁽⁸⁾.

Assim, identificar o conhecimento dos agentes comunitários sobre envelhecimento e demência, parece auxiliar na compreensão das ações destes profissionais e contribuir com a criação de um programa de educação em saúde que valorize os conhecimentos prévios dos ACS. Conhecer as concepções dos ACS e saberes existentes, respeitando sua identidade e autonomia, é um passo fundamental para se criar um processo de capacitação adequada, tornando os agentes participativos na construção do conhecimento.

OBJETIVO

Identificar o conhecimento que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) apresentam sobre envelhecimento e demência, com a finalidade de subsidiar a implantação de uma linha de cuidado a demência em um município paulista.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa transversal, qualitativa de caráter exploratório descritiva.

Caracterização do local de estudo

Foi realizada em um município paulista, que se situa na região central do estado de São Paulo e foi fundado em 1857, conhecido como *Capital da Alta Tecnologia*. No momento da pesquisa, o município contava com onze Unidades de Programa de Saúde da Família e doze equipes de Saúde da família, apresentando 4713 pessoas com mais de 60 anos cadastradas. Cada unidade contava com uma equipe composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários e algumas unidades contavam, também, com o dentista.

Foram sujeitos do estudo, 51 agentes comunitários de dez unidades do Programa de Saúde da Família do município cadastradas em 2006, de um total de 60 agentes comunitários.

Procedimentos éticos

No desenvolvimento do projeto de pesquisa, todos os cuidados éticos que regem pesquisas com seres humanos foram tomados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer 055/2006).

A coleta de dados ocorreu após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o anonimato dos sujeitos, o nome dos agentes foi substituído por números, procedimento para coleta de dados.

Foi elaborado um instrumento para a coleta de dados, que passou por um estudo piloto para verificar a compreensão das questões. Para elaboração do instrumento e análise de sua aplicabilidade, contou-se com os membros de um Grupo de Pesquisa em gerontologia cadastrado no Diretório de Grupos de Pesquisado CNPq.

Os dados foram coletados em reuniões com os agentes comunitários, segundo um roteiro previamente elaborado. Os agentes recebiam orientações sobre o preenchimento do instrumento e os pesquisadores permaneciam com os agentes durante a coleta, para elucidar possíveis dúvidas.

Para caracterização dos trabalhadores foram incluídos dados, como idade, gênero, escolaridade e tempo na função atual. Com relação ao conhecimento que apresentavam sobre envelhecimento e demência, o instrumento para coleta de dados englobou duas questões dissertativas: 1. O que é idoso para você e 2. O que é demência para você.

Análise dos dados

Os dados foram codificados e agrupados em categorias, segundo o modelo de Análise de Conteúdo -Análise Temática⁽⁹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 51 agentes comunitários de saúde (ACS), a maioria é mulher (84%), a média de idade é de 29 anos, variando de 19 a 58 anos e com relação ao grau de escolaridade, a maioria cursou o ensino médio completo (50%). O tempo de trabalho dos Agentes na Unidade variou, para a maioria, de 1 a 3 anos (68%) e 32% trabalham na área há menos de um ano. Quarenta e quatro Agentes (88%) relatam não ter realizado curso na área de Gerontologia. A maioria (78%) relatou bastante contato com idoso, mas pouco conhecimento específico e apenas um agente referiu bastante contato com idoso e conhecimento suficiente. Esses relatos constituem-se de extrema valia para o processo de Educação Permanente, porque evidenciam a importância de aliar ao trabalho informativo sobre o processo de envelhecimento e a velhice, os saberes acumulados, valores, costumes modelos simbólicos que norteiam as práticas específicas dos agentes junto aos idosos.

Inicialmente, procurou-se fazer o resgate das concepções existentes nos agentes acerca do conceito de idoso. Em resposta à questão *O que é idoso para você?* A maioria dos entrevistados descreveu o idoso sob o ponto de vista cronológico, como pessoas de idade avançada, com mais de 60 anos de idade, conforme definição da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Muitos elementos se mesclam à idade cronológica para determinar diferenças entre idosos, como contexto socioeconômico, gênero, saúde e fatores de personalidade⁽¹⁰⁾. Para cada um, o processo de envelhecimento assume características próprias, podendo uns parecer velhos aos 50 anos e outros aos 65 anos aparentarem jovialidade. Um dos relatos dos agentes aponta para o envelhecimento cronológico, utilizando uma idade menor do que a definida pela OMS. Veja:

Aquela pessoa que chegou a terceira idade, ou seja, acima dos 45 ou 50 anos (ACS 39).

A maior parte dos relatos mostrou opiniões negativas sobre o envelhecimento, associando-o a perdas e apresentando percepções da velhice como sinônimo de incapacidade, pobreza e abandono⁽¹¹⁾. Conceitos negativos foram bastante observados neste estudo, corroborando com outros achados da literatura.

Uma pesquisa realizada com os próprios idosos de um Centro de Convivência para a Terceira Idade de Goiânia-GO, que objetivou estudar o envelhecimento na percepção dos idosos, encontrou que, apesar de terem sido ressaltados aspectos positivos e negativos, a visão do envelhecimento está muito influenciada pela sociedade, que tem um estereótipo da velhice. O que se notou foi que muitas vezes a visão do próprio idoso não corresponde ao seu estado de velhice. Há um imaginário de que velho não pode aprender, usar roupas da moda, dançar, se maquiar etc. A diminuição da memória e a presença de doenças e dor tam-

bém foram citadas pelos idosos como algo característico do envelhecimento⁽¹²⁾.

Um estudo conduzido com 189 crianças da primeira à quarta série, com o objetivo de construir uma Escala de Atitudes em Relação à Velhice para crianças, perguntou-lhes *O que é ser idoso?* Muitas respostas foram dadas, destacando aspectos positivos, como pessoa exemplar, legal, boa, carinhosa, especial entre outros e também negativos como nervoso, mal humorado, bravo, lento, infeliz, frágil, antigo, rude. Até mesmo na fala das crianças aparece a infantilização da velhice, já que algumas se referiram aos idosos no diminutivo, como *bonitinhos* e *velhinhos*⁽¹³⁾.

A infantilização da velhice também foi apontada em entrevistas com funcionários de uma instituição de longa permanência para idosos em um município do interior paulista⁽¹⁴⁾. A associação entre envelhecimento e declínio da saúde foi apresentada pela maioria dos agentes. No entanto, o declínio da saúde pode estar associado também a uma condição sócio-econômica ruim.

[...] começam a apresentar algum problema de saúde próprio do envelhecimento [...] (ACS 22).

[...] e que tem por motivos sócio-econômicos, muitas vezes, pouca expectativa de vida (ACS 17).

Com a Revolução Industrial e surgimento da sociedade capitalista, o idoso teve seu papel diminuído como população economicamente ativa, por ser de um grupo com capacidade reduzida para produção de bens materiais. Este contexto gerou uma visão do idoso como alguém improdutivo.

Porém, no contexto de grande desemprego no Brasil, para algumas famílias é a pequena renda recebida pelo idoso, através da Previdência Social, o principal componente da renda familiar⁽¹⁵⁾, revelando um papel do idoso na família, que não foi citado por nenhum dos agentes.

Em alguns relatos, os agentes demonstraram suas percepções sobre características emocionais dos idosos:

[...] aquela pessoa que começa a apresentar carência [...] (ACS18).

[...] carentes muito mais de atenção do que de remédios [...] (ACS 49).

Uma outra concepção apresentada pelos agentes foi a associação entre velhice e infância. Veja:

[...] quando a pessoa começa a apresentar características infantis (2ª infância). (ACS 18)

[...] voltam a ser crianças (ACS 49).

Essa associação apresentada pelos agentes é normalmente determinada por questões relacionadas à dependência, em uma visão do idoso como indivíduo que necessita de tutela, assim como crianças⁽¹⁴⁾. A idéia de comportamento dependente esteve presente em outros relatos, de agentes que definiram idoso como alguém que precisa ser cuidado:

Idoso para mim é uma pessoa que precisa de cuidados especiais [...] pois muitas vezes não tem como se manter e se cuidar sozinho (ACS 44).

Foi também apontada pelos agentes, uma outra necessidade do envelhecimento, ressaltando a importância de uma atenção maior aos idosos:

[...] ele precisa ter atenção e dedicação(ACS 29).

[...] e merecem uma atenção melhor e maior por parte dos ACS (ACS 11).

Houve associação da necessidade de cuidados aos idosos como consequência do envelhecimento patológico:

São pessoas que apresentam problemas de saúde e não conseguem se estruturar sozinhos. Precisam sempre de alguém para acompanhá-los, orientá-los [...] (ACS 08).

A dependência pode ser determinada por inúmeras variáveis, desde incapacidade funcional, devido à doenças, até um ambiente social e econômico desestruturado.

Em estudo sobre dependência e autonomia, autoras discorrem sobre a teoria da dependência aprendida, referente à microcontextos sociais, onde há uma série de atitudes que reforçam comportamentos de dependência apresentados pelos idosos. As autoras apontam para importância de oferecer auxílio que comporte as possibilidades do idoso dependente, evitando a criação de ambientes superprotetores, onde não há estímulo à autonomia⁽¹⁴⁾.

A concepção exacerbada do idoso como indivíduo dependente, tanto pode gerar comportamentos superprotetores, que reforçam sua condição de dependência, como pode gerar situações de negligência e falta de atenção ao idoso, ao ignorar a demanda do idoso dependente para adaptações na realização de suas atividades.

Ainda sobre o cuidado prestado ao idoso, cabe um destaque ao papel da família, que assume culturalmente e legalmente um papel importante nesse cuidado. Alguns agentes citaram a família e seu papel nos seguintes relatos, a respeito dos idosos:

[...] se sentem um incômodo para a família (ACS 03).

[...] a maioria está abandonada sendo vista como um fardo para a família (ACS 37).

Alguns entrevistados mostraram concepções positivas acerca do envelhecimento, sendo os relatos positivos predominantemente associados ao acúmulo de experiência de vida, como nas seguintes definições para idoso:

Idoso para mim é o conhecimento de toda uma vida [...] é a experiência vivida e passada de geração para geração (ACS 47).

É uma pessoa que já viveu muitas experiências (ACS 46). Na maioria das vezes são dóceis e carinhosos [...] (ACS 49).

Estas definições de idoso valorizam e denotam respeito ao envelhecimento. Com relação a concepção do que é demência, a maioria dos entrevistados descreveu-a sob o ponto de vista biológico da doença, definindo-a como algo que afeta o cérebro e o sistema nervoso. Veja:

Demência para mim é o enfraquecimento do nosso cérebro, acometimento do sistema nervoso [...] (ACS 38).

Todas as células participam do processo de envelhecimento, porém os neurônios merecem destaque. Por não possuírem uma capacidade reparadora eficaz, o dano a estas células pode ocasionar *perdas funcionais acentuadas*, comprometendo o sistema nervoso. Desta forma é que se pode observar mudanças fisiológicas e funcionais nos cérebros de pacientes com doenças neurodegenerativas no envelhecimento⁽¹⁶⁾.

As demências de alguma forma *afetam o sistema nervoso*, como relatado pelos ACS, porém, em alguns casos não há comprometimento estrutural do sistema⁽¹⁷⁾.

O termo demência vem do latim de (privação) e mens (inteligência). Mesmo sem conhecer a etimologia da palavra, foi estabelecida por alguns agentes a associação entre demência e algo que compromete o raciocínio, e ainda a descrição da doença como um problema de saúde mental.

A falta de raciocínio lógico, distúrbios mentais (ACS 20).

É um grave problema de saúde mental (AC 07).

A demência é, de fato, um problema de saúde mental e saúde pública. Em 2004 as doenças cérebro vasculares causaram 11,70% das mortes em pessoas com mais de 60 anos⁽¹⁷⁾. Um dos ACS apresentou a seguinte definição para demência:

Pessoas com qualquer problema mental (ACS 16).

Há muitos problemas ou transtornos mentais que não possuem qualquer relação com as demências. Demência é uma síndrome, ou seja, um grupo de sinais e sintomas, caracterizada por desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos (afasia, apraxia, agnosia ou perturbações nas funções executivas), interferência nas atividades sociais e ocupacionais e declínio da memória⁽¹⁸⁾.

O comprometimento da memória foi citado por alguns agentes, como se vê em suas definições:

Quando o indivíduo começa a apresentar lapsos de memória [...] (ACS 37).

É quando a pessoa começa a esquecer as situações [...] (ACS 10).

A dificuldade de memória é relatada por muitas pessoas idosas, e isto não implica obrigatoriamente em perda objetiva desta⁽¹⁶⁾. A alteração de memória pode ser associada também a dificuldade em prestar atenção, ou ainda em decorrência do uso de algumas medicações, como por

exemplo benzodiazepínicos e neurolépticos. Os autores apontam para o fato de que as queixas de dificuldade de memória entre os idosos vêm gerando um número grande de falso-positivos e caracterizando o que definem como *grave problema médico da atualidade*⁽¹⁷⁾.

Mas o diagnóstico das demências não se dá somente baseado na análise da memória. O diagnóstico das demências é eminentemente clínico, seguindo critérios diagnósticos (DSM-IV). A causa da demência depende de investigações complementares-exames laboratoriais e de neuroimagem⁽¹⁷⁾.

No diagnóstico clínico é investigada principalmente a presença de alterações funcionais. Estas alterações foram associadas à demência pelos agentes comunitários, relacionando incapacidade funcional com a condição de dependência, como se vê:

[...] dependem dos outros para continuar vivendo, isto é, não são mais capazes (ACS48).

Uma doença que incapacita a pessoa de fazer coisas habituais, deixando-a assim dependente [...] (ACS 50).

Outros agentes associaram diretamente o declínio funcional à demência:

É uma doença que interfere na capacidade funcional dos idosos (AC 28). [...] perde o movimento (AC 42).

A capacidade funcional é a capacidade de manter as habilidades mentais e físicas para levar uma vida sem dependência e com autonomia. Esta manutenção das habilidades é afetada pela demência.

A síndrome afeta tanto as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's); como pegar ônibus, cuidar do dinheiro, tomar remédios, fazer compras, quanto as Atividades Básicas de Vida Diária (AVD's); como tomar banho, vestir-se, alimentar-se, usar o banheiro, andar curtas distâncias e o controle dos esfíncteres (continência). Idosos com diagnóstico de demência tendem a perder primeiro as AIVD's, pois a maioria destas atividades requerem maiores habilidades do que as AVD's, geralmente realizadas no próprio domicílio do idoso⁽¹⁸⁾.

A alteração de comportamento, um aspecto importante da síndrome, foi relatada pelos ACS:

[...] comportamentos inadequados, do que consideramos padrões normais (ACS 06).

Alguns agentes reforçam esta opinião, porém em relação a alterações no comportamento social:

[...] interferência na capacidade de socialização com o meio que vive (ACS 27).

São os que apresentam dificuldades nos relacionamentos cotidianos (ACS 11).

Os sintomas comportamentais e psicológicos da demência, tradução direta de Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) que incluem agitação, perambulação, agressividade, distúrbios do sono, questionamen-

tos repetidos, entre outros, causam grandes dificuldades para os cuidadores, e geram sobrecarga emocional⁽¹⁹⁾. Com o objetivo de compreender o processo de vivenciar o cuidado ao idoso demenciado, foram realizadas entrevistas domiciliares com cuidadores familiares de idosos com Alzheimer, cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família de um município paulista. Os entrevistados relatam que as alterações de comportamento do idoso causam grande impacto emocional aos cuidadores⁽²⁰⁾.

Ainda em relação à sintomatologia das demências, alguns agentes demonstraram em seus relatos percepções sobre a afetividade do paciente demenciado. Veja:

[...] perdem a auto-estima [...] ficam carentes [...] (ACS 50).

As alterações relacionadas à afetividade, somadas às alterações comportamentais levam muitas vezes a uma dificuldade para estabelecer o diagnóstico entre demência e depressão, sobretudo porque na depressão, principalmente no idoso, pode haver perda de atenção, redução da capacidade intelectual e déficit de memória, sintomas comuns na demência. Cabe ressaltar que comprometimento cognitivo alterado pode ser decorrente da depressão ao invés da demência, assim como os sintomas depressivos podem advir de um déficit cognitivo⁽²¹⁾.

Por fim, é interessante analisar o relato de alguns agentes sobre a faixa etária acometida pela demência:

É uma doença mais comum no idoso [...] (ACS 31).

Sei que é uma doença do idoso (ACS 34).

O fato de que, compreender o envelhecimento somente como fenômeno patológico, pode gerar subentendimento de sintomas importantes apresentados pelo idoso, como algo próprio da idade⁽²²⁾. O aspecto preocupante da percepção idoso-demência é aceitação dos sintomas da doença como comuns e típicos da idade, o que pode protelar a ida ao profissional de saúde e mascarar a doença.

CONCLUSÃO

Ao investigar os conhecimentos dos ACS, é possível identificar suas fragilidades e fortalezas a respeito de determi-

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.
2. Reis PO, Ceolim MF. O significado atribuído a 'ser idoso' por trabalhadores de instituições de longa permanência. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):57-64.
3. Luzardo AR, Gorini MIPC, Silva APSS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. Texto Contexto Enferm. 2006;15(4):587-94.
4. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(1):259-68.

nados assuntos e, desta forma, pensar em estratégias para melhor capacitá-los em seu trabalho junto ao PSF.

Observamos, por meio deste estudo, que as concepções de envelhecimento apresentadas foram predominantemente cronológicas e negativas. Esta negatividade esteve expressa desde relatos associando envelhecimento a declínio de saúde e dependência, até relatos que caracterizaram o idoso como *incômodo para a família*.

A construção de uma imagem positiva acerca do envelhecimento é ainda um desafio, uma vez que os ACS têm em seu cotidiano uma relação com os idosos, predominantemente marcada por queixas em relação ao adoecimento. A atuação dos ACS deve estimular a inserção social dos idosos, para isso há necessidade do poder público investir na formação de sujeitos que saibam lidar com os aspectos relacionados ao envelhecimento.

Em relação às concepções de demência, a maioria relacionou a síndrome a seus sinais e sintomas, como declínio funcional e problemas de memória. No entanto, é preciso destacar que alguns agentes desconhecem o assunto ou têm informações equivocadas sobre a síndrome.

Como inquietação resultante deste estudo nos cabe a reflexão sobre a necessidade de incluir também na própria capacitação dos ACS, além de saúde mental (neste caso mais especificamente as demências), o próprio tema gerontologia, fomentando debates, discussões e construções coletivas acerca dos temas.

Por fim, os dados apresentados neste estudo, irão subsidiar a implantação de uma linha de cuidado à demência no município. Espera-se incentivar a formação de programas de educação em envelhecimento e demência, defendendo a existência de um movimento direcionado aos ACS, que garanta educação permanente, para que possam desenvolver suas capacidades e realizar um trabalho comunitário transformador e reflexivo.

Na temática envelhecimento e demência, espera-se que se trabalhe o envelhecimento como fenômeno biológico e social, e aspectos relacionados ao rastreamento das demências e qualidade de vida aos idosos que já desenvolvem a síndrome demencial e, desta forma, imprimir à equipe de saúde da família um olhar gerontológico.

5. Lima JC, Moura MC. Trabalho atípico e capital social: os Agentes Comunitários de Saúde na Paraíba. Soc Estado [periódico na Internet]. 2005 [citado 2009 fev. 10]; 20(1):[cerca de 34 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v20n1/v20n1a06.pdf>
6. Buchabqui JA, Capp E, Petuco DRS. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde. Rev Bras Educ. Med. 2006;30(1):32-8.
7. Bezerra AFB, Espírito Santo ACG, Batista Filho M. Concepções e práticas do Agente Comunitário na atenção à saúde do idoso. Rev Saúde Pública. 2005;39(5):809-15.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as Diretrizes para a Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 2007. [citado 2009 fev. 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
10. Néri AL. Desenvolvimento e envelhecimento. Campinas: Papirus; 2001.
11. Rodrigues RAP, Kusumota L, Marques S, Fabrício SCC, Rosset-Cruz I, Lange
12. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2007;16(3):536-45.
13. Silva EV, Martins F, Bachion MM, Nakatani AYK. Percepção de idosos de um centro de convivência sobre envelhecimento. REME Rev Min Enferm. 2006;10(1):46-53.
14. Todaro MA. Desenvolvimento e avaliação de um programa de leitura visando à mudança de atitudes de crianças em relação a idosos [tese]. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2008.
15. Pavarini SCI, Néri AL. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: Duarte YAO, Diogo MJ. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 49-70.
16. Camarano AA. Brazilian population aging: differences in well-being by rural and urban areas. Rio de Janeiro: IPEA; 2002. (Texto para Discussão, 878).
17. Manfrim A, Schimdt SL. Diagnóstico diferencial das demências. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gonzoni ML, editores. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 242-51.
18. Caramelli P. Avaliação clínica e complementar para o estabelecimento do diagnóstico de demência. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gonzoni ML, editores. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 238-41.
19. Novelli MMPC. Adaptação transcultural da escala de qualidade de vida na doença de Alzheimer [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.
20. Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, Miller S, Sartorius N. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. Int Psychogeriatr. 1996;8 Suppl 3:497-500.
21. Pavarini SCI, Melo LC, Silva VM, Orlandi FS, Mendiondo MSZ, Filizola CLA, et al. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. Rev Eletr Enferm [periódico na Internet]. 2008 [citado 2009 set. 10];10(3):[cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a04.htm>
22. Reys BN, Bezerra AB, Vilela ALS, Keusen AL, Marinho V, Paula E et al. Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. Rev Assoc Med Bras. 2006;52(6):401-4.

Agradecimentos

Agradecemos a Pró-reitora de Graduação da Universidade Federal de São Carlos e a FINEP.