



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



Nádia Placideli

*Educação permanente em gerontologia para agentes
comunitários de saúde*

Botucatu

2013

Nádia Placideli

*Educação permanente em gerontologia para agentes
comunitários de saúde*

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de
Botucatu para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Faculdade de Medicina - Universidade
Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Tania Ruiz

Botucatu

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE - CRB 8/5651

Placideli, Nádia.

Educação permanente em gerontologia para Agentes Comunitários de Saúde /
Nádia Placideli. - Botucatu, 2013

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Medicina de Botucatu

Orientador: Tania Ruiz

Capes: 40602001

1. Gerontologia. 2. Idosos - Cuidado e higiene. 3. Educação permanente. 4.
Serviço social com idosos.

Palavras-chave: Agentes comunitários de saúde; Educação permanente em
gerontologia; Idosos.

Dedicatória

Dedico esse trabalho:

Aos meus pais, em especial a minha mãe, **Marta**.

A ela que me deu a vida, me gerou e pacientemente esperou-me por nove meses. A ela que se dedicou e se dedica incansavelmente a nós, suas filhas, que me ensinou a importância de estudar e, carinhosamente, demonstrou a magia e a maravilha que há em adquirir novos conhecimentos.

Agradeço por sempre me ter incentivado a não desistir dos meus sonhos, mas sim lutar incessantemente por eles e também possibilitado me dedicar aos estudos, assim oferecendo algo tão precioso, que ninguém jamais poderá me tirar: o conhecimento.

Amo- te, incondicionalmente.

Aos meus **Avós**,

Pela sabedoria de vida que é compartilhada comigo a cada encontro, pelo sentimento de carinho, afeição e motivação em todo novo projeto que eu desenvolvo, sempre me demonstrando com orações e pensamentos positivos que podemos conseguir alcançar tudo o que almejamos.

Amo vocês.

Ao meu **namorado**,

Pelo imenso amor e carinho dedicado a mim em todos os momentos, sendo eles bons ou ruins, pela paciência em tempos de tribulações tanto no âmbito profissional, bem como no pessoal. Agradeço por estar sempre ao meu lado, pessoa maravilhosa que admiro muito e que me encanta a cada reencontro.

Amo-te infinitamente.

Agradecimentos

Agradeço primordialmente a **Deus** que está sempre comigo, iluminando e guiando os meus passos integralmente.

As minhas irmãs, **Flávia e Júlia**, agradeço-lhes pelo carinho e por serem pessoas especiais que fazem parte da minha vida obrigada pelo companheirismo sempre. Amo vocês.

A **todos os meus amigos**, sendo eles antigos ou recentemente conhecidos, agradeço a todos pelo afeto que demonstram para mim, e pela energia positiva e torcida para que eu alcançasse mais esse objetivo em minha vida, adoro vocês.

A **todos os meus familiares**, que de alguma forma estiveram comigo ao longo de mais essa etapa, agradeço pelo incentivo, carinho e ajuda.

A minha **orientadora Prof^a Dr^a Tania Ruiz** pela aceitação, em primeiro lugar, em ser minha orientadora de mestrado. Pela dedicação e orientação para que eu pudesse desenvolver da melhor maneira este trabalho, meus sinceros agradecimentos por toda sabedoria compartilhada durante esse período.

Ao **Sr. Secretário de Saúde do Município de Lençóis Paulista**, por acreditar no meu trabalho e possibilitar que o mesmo pudesse ser desenvolvido nesse município.

A todos os profissionais das equipes **ESF, EACS e Diretoria de Saúde de Lençóis Paulista**, que me ajudaram, apoiaram e viabilizaram a execução desse projeto, meus sinceros agradecimentos.

E por fim, a **todos os Agentes Comunitários de Saúde**, protagonistas desse estudo, meus sinceros agradecimentos por participarem da pesquisa e principalmente pela prontidão, paciência e dedicação que demonstraram ao longo da coleta dos dados. Agradeço a todos, pois sem vocês essa proposta não teria se concretizado.

Epígrafe

Um dia, [...] descobre que se leva muito tempo para se tornar a pessoa que se deseja tornar, e que o tempo é curto. Aprende que não importa o ponto que chegou, mas para onde está de fato, indo [...].

William Shakespeare

Resumo

O aumento da proporção de idosos causa implicações como, o crescente número de diagnósticos de doenças crônicas, que na maioria dos casos, são tratadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Em muitos municípios brasileiros, a atenção básica em saúde é realizada, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Dentre os profissionais que atuam na ESF, destacam-se os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são atores fundamentais na equipe, configurando o elo de comunicação com a comunidade e, para a população de idosos, um agente que pode contribuir muito para a melhoria da qualidade de vida.

Diante desse contexto, essa pesquisa objetivou estudar um Programa de Educação em Gerontologia para Agentes Comunitários de Saúde, de um município do interior paulista. E também, buscou analisar o perfil sociodemográfico dos ACS; conhecer a convivência formal e informal dos ACS com grupo de idosos e avaliar erros e acertos do teste sobre conhecimentos gerontológicos aplicado antes e após o desenvolvimento do Programa de Educação em Gerontologia.

A pesquisa atendeu aos aspectos éticos, pois todos os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa (FMB-UNESP) sob protocolo CEP 4149-2012.

Os participantes da pesquisa totalizaram 86 ACSs, havendo perda de 22,5% dos sujeitos. Os resultados obtidos quanto ao perfil socioeconômico, demonstrou predominância do sexo feminino (90,7%); média de idade foi de 34 anos; maioria casada (53,4%); nível de escolaridade de ensino médio completo (79%); renda média familiar de três salários mínimos e tempo médio de trabalho como ACS de 31 meses.

Quanto à descrição do contato dos ACS com grupos de idosos, a maioria possui um membro idoso na família (87,2%) e já morou ou mora com algum idoso (62,7%); expuseram possuir sempre contato com idosos (95,3%); disseram que a característica do contato com idoso se dá em meio familiar e no trabalho (77,9%); a maioria acredita possuir experiência para trabalhar com a pessoa idosa (93%); quase a metade disse ter adquirido essa experiência no cotidiano de trabalho (48,1%) e o restante acredita ser através de capacitações oferecidas pelo SUS (32,1%); a maioria acredita que o ACS é um profissional que contribuiu muito para promoção da qualidade de vida do idoso (69%) e afirmaram já ter participado de capacitações gerontológicas (61,3%).

Os resultados obtidos com a aplicação do instrumento de conhecimento em gerontologia (25 questões), empregado em três momentos, mostrou melhora significativa no nível de acertos em todas as questões se analisadas as aplicações posteriores ao desenvolvimento do programa, confirmando-se através do teste de qui-quadrado de tendência ($p < 0,05$).

Esse achado pôde ser corroborado, por meio do cálculo das médias e desvio-padrão. Na primeira aplicação foi obtida média de 10.2 e desvio-padrão de 2.2. Destacam-se os resultados da segunda aplicação, em que foi alcançada média de 21.1 e desvio-padrão 1.9, confirmando a importância do programa para ACSs. O emprego do instrumento três meses após a educação permanente demonstrou média de 16.4 e desvio-padrão de 3.0, que mesmo tendo caráter recordatório esteve maior que a primeira aplicação, anterior a educação permanente.

Portanto, por meio dos achados desse estudo fica evidente a importância do desenvolvimento de educação permanente em gerontologia a agentes comunitários de saúde, para que assim, possam otimizar os serviços oferecidos pela equipe ESF a população de idosos.

Palavras-chave: idosos; agentes comunitários de saúde; educação permanente em gerontologia.

Abstract

The increasing proportion of elderly causes implications such as the growing number of diagnoses of chronic diseases, which in most cases are handled by the Unified Health System (UHS).

In some Brazilian cities, the primary health care is carried out through the Family Health Strategy (FHS). Among the professionals who work in the FHS, the Community Health Agents (CHA) stand out, since they are key players in the team, setting up the communication link with the community. Regarding the elderly, an agent can greatly contribute to improve their life quality.

In this context, this study aimed to study an Education Program in Gerontology to the Community Health Agents, in a small town in the state of São Paulo. It also had as a purpose to analyse the profile sociodemographic of the CHA, to know the formal and informal contact of the elderly group with the CHA and to evaluate successes and failures of the test on gerontological knowledge applied before and after the development of the Education Program in Gerontology.

This research follows the ethical aspects, since all subjects involved signed a consent form and it was approved by the ethical committee for research (FMB-UNESP), under the protocol CEP 4149-2012.

The survey involved 86 participants and it had a total of 25 lost subjects. The results regarding the socioeconomic profile, showed a predominance of females (90.7%), an average age of was 34 years old, mostly married (53.4%), education level of high school (79%), average family income of three minimum salary and average working time of 31 months as CHA.

Regarding the description of the CHA contact with the elderly groups, most of the agents have an elderly member in the family (87.2%) and has lived or lives with an elderly (62.7%), they stated that they have always had some kind of contact with the elderly (95.3%), both in the family and at work (77.9%). Most of them believe to have enough experience to work with the elderly (93%), almost half of them they said have acquired this experience at daily work (48.1%) and the remaining agents believe that this happened through the training offered by the UHS (32.1%). Most of the agents believe that the CHA is a professional who has contributed greatly to improve the life quality of the elderly (69%) and the also stated they had attended in gerontological training (61.3%).

The results obtained with the application of the questionnaire of knowledge in gerontology (25 questions) applied in three different stages, showed significant improvement in the level correct answers to the questions, when the applications are analyzed after the development of the program, through the chi -square trend test ($p < 0.05$).

This information could be validated by calculating the averages and standard-deviation. In the first application average of 10.2 and a standard-deviation of 2.2 were obtained. The results of the second application should be highlighted, since the average and the standard- deviation achieve were 21.1 and 1.9, respectively, confirming the importance of the program for CHA. The application of the questionnaire three months after the permanent education showed an average of 16.4 and a standard-deviation of 3.0, was higher than the first application, done prior to the permanent education in gerontology.

Therefore, due to the results of this study is the importance of the development the permanent education in gerontology to community health agents, so that they can optimize the services offered by the FHS team to the elderly population.

Keywords: elderly; community health agent; permanent education in gerontology

TABELA

Tabela 1- Distribuição de idosos no município de Lençóis Paulista, de acordo com cadastro nas unidades de ESF e EACS, Botucatu, SP, 2013.....17

QUADROS

Quadro 1- Distribuição de frequência de acertos nos diferentes momentos de aplicação do questionário para avaliação de conhecimentos em gerontologia, por questão, Botucatu, SP, 2013.....29

Quadro 2- Resultado da análise de tendência das diferentes aplicações do questionário para avaliação de conhecimentos em gerontologia, Botucatu, SP, 2013.....31

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS - Organização Mundial de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OPAS - Organização Pan- Americana de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

PNI - Política Nacional do Idoso

DCNT - Doença Crônica Não Transmissível

PSF - Programa Saúde da Família

PACS - Programa Agente Comunitário de Saúde

EACS - Estratégia Agente Comunitário de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

ACS - Agente Comunitário de Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

EP - Educação Permanente

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IRA - Infecções Respiratórias Agudas

PNSI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PEG - Programa de Educação em Gerontologia

SP - São Paulo

RS - Rio Grande do Sul

PR - Paraná

NOB- RH/ SUS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos no Sistema Único de Saúde

ETSUS - Escola Técnica do Sistema Único de Saúde

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

UNESP - Universidade Estadual Paulista

HBO - Home Box Office

APRESENTAÇÃO

Inicialmente, realizar uma apresentação é algo muito importante e um desafio, visto que, com uma breve descrição, deixarei elucidado qual foi minha trajetória para ter chegado até aqui. Recordo-me claramente de todo o percurso acadêmico, dessa e de outras pesquisas prévias realizadas, para que eu pudesse chegar até essa página...

Em 2007 eu iniciava o curso de graduação em Gerontologia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP) e a partir daí passei a ser movida por essa nova paixão, a gerontologia, fazendo-me acreditar e a lutar em prol do novo profissional que emergia ao mercado de trabalho, o gerontólogo.

Durante a graduação me despertou o interesse por grupos de pesquisas, estive engajada em grupos de estudos e iniciações científicas, sempre com enfoque em educações gerontológicas para profissionais da área da saúde, cuidadores de idosos, bem como aos idosos, frequentadores da Universidade Aberta para Terceira Idade (UNATI-EACH USP).

Ao longo do desenvolvimento da graduação pude atuar como estagiária em unidades básicas de saúde e perceber a carência de conhecimentos gerontológicos por parte de equipes atuantes nestes locais. E junto ao restante do grupo de estagiários realizamos educações gerontológicas para alguns funcionários dessas unidades.

Então no último ano da graduação, dediquei-me a desenvolver o meu trabalho de conclusão de curso à equipe multiprofissional que assistia idosos com a Doença de Alzheimer (DA), em uma instituição particular na região metropolitana da cidade de São Paulo, e me deparei com a falta de conhecimento desses profissionais sobre a temática de envelhecimento e velhice, principalmente sobre DA.

Todas essas vivências durante a graduação despertaram-me o desejo em atuar na área de educação em gerontologia para profissionais que assistem idosos e para os idosos; desta forma percebi que poderia desenvolver minhas ideias, fixando-me na universidade, em busca de traçar carreira acadêmica.

Enfim, espero que com essa descrição concisa do meu percurso acadêmico, possa situar o leitor sobre tais escolhas de minha vida, que justificam a opção pelo tema e o seguimento do presente projeto de pesquisa. Gostaria de agradecer, imensamente, às inúmeras pessoas que passaram por mim até esse momento; sem dúvida, todas contribuíram de alguma maneira para que eu pudesse alcançar mais este objetivo.

Sumário

1. Introdução	15
1.1 Envelhecimento populacional	15
1.2 Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde da Família	16
1.3 Agente Comunitário de Saúde e o Idoso	18
1.4 Agente Comunitário de Saúde e Educação Permanente	22
2. Objetivos	25
2.1 Objetivo Geral	25
2.2 Objetivos Específicos	25
3. Materiais e Métodos	25
3.1 População de estudo	25
3.2 Critérios de Inclusão	26
3.3 Local de Estudo	26
3.4 Instrumentos de coleta dos dados	27
3.5 Procedimentos de coleta dos dados	28
3.6 Aspectos Éticos da pesquisa	30
3.7 Análise dos Resultados	30
4. Resultados	31
4.1 Perfil Sociodemográfico dos Agentes Comunitários de Saúde	31
4.2 Avaliação do Contato dos ACS com Idosos e o Programa de Educação em Gerontologia	32
5. Discussão dos Dados Analisados	41
6. Sugestões Gerontológicas	51
7. Considerações Finais	53
8. Referências	55
9. Anexos	59

1. Introdução

1.1 Envelhecimento Populacional

Uma das mais importantes mudanças demográficas que o Brasil experienciou ao término do século XX foi o acentuado envelhecimento da estrutura etária da população, o que trouxe como consequência uma maior presença relativa e absoluta da população de 60 anos e mais no país (LEBRÃO, 2003, p 09).

O envelhecimento populacional é um fenômeno que cresce no mundo todo, isso devido à melhoria nas condições gerais de vida e ao avanço científico no controle e tratamento das doenças responsáveis pela mortalidade, bem como pelo declínio das taxas de fecundidade (DIOGO, NERI, CACHIONI, 2009).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), estima-se que no ano de 2025, o Brasil ocupe a sexta posição em número de pessoas idosas, dentre os países do mundo todo. Calcula-se que o número de idosos no Brasil será de 33,5 milhões.

Dados do IBGE (2010) mostram que em 2010, 24% dos brasileiros tinham de zero a 14 anos, e os maiores de 65 anos possuíam participação na população representando 7,4%. Projeções indicam que em 2050 esses dois grupos etários se igualarão: cada um deles representará 18% da população brasileira.

O envelhecimento é um processo que pode ser compreendido como “sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo torne-o menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (OPAS, 1993).

Segundo Debert (1999), este é um fenômeno universal e possui proporções individuais, cada ser humano envelhece de maneira diferente, diz-se dessa forma, que o envelhecimento é um fenômeno heterogêneo, pois trata-se não somente de aspectos biológicos, mas também de aspectos que são influenciados pelo modo de vida e pelo ambiente em que cada indivíduo vive.

De acordo com Diogo (1999) o envelhecimento causa implicações no perfil epidemiológico, no qual se verifica o aumento das doenças crônico-degenerativas, que são as principais geradoras de incapacidades e dependência na população de idosos.

O aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, na maioria das vezes, está acompanhada por sequelas limitantes de um desempenho funcional ótimo e, portanto, geradoras de diferenciadas demandas assistenciais e, por outro lado, às sucessivas modificações estruturais relacionadas às famílias que, estando cada vez mais nucleares e com expressivas modificações nos papéis desempenhados por seus membros, encontram-se cada vez mais com dificuldades de assistir adequadamente a tais demandas, o que pode vir a contribuir para uma maior vulnerabilidade dos idosos mais incapacitados (LEBRÃO, 2003, p 183).

Todavia, vale ressaltar que pensar na velhice como algo apenas experimentalmente negativo é um tanto equivocado, pois como em todas as outras fases do ciclo de vida, esta possui aspectos positivos e negativos (DIOGO, NERI e CACHIONI, 2009).

Desta forma, é sabido que à medida que o ciclo vital se alonga, aumenta a probabilidade da ocorrência de doenças e seus comprometimentos, maior incidência e prevalência de eventos mórbidos nos idosos resultam em uma demanda relativamente maior aos serviços de saúde, com maior número de consultas médicas, atendimento por especialistas e maior tempo médio de internação, quando comparada com a de outros grupos etários (LEBRÃO, 2003, p 227).

De acordo com Lebrão (2003), em inquérito realizado na cidade de São Paulo junto aos idosos, a fim de verificar o uso de serviços de saúde dessa população, 60% dos entrevistados relataram estar vinculado aos serviços públicos de saúde, Sistema Único de Saúde (SUS).

1.2 Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF)

Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 190 milhões de brasileiros. Além de oferecer consultas, exames e internações, o Sistema também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária – como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos, atingindo assim, a vida de cada um dos brasileiros (BRASIL, 2001).

No Brasil, a atenção à saúde sofreu profundas transformações no século XX, especialmente na década de 1990 com a implantação do SUS e com a expansão da assistência médica suplementar (BRASIL, 2004).

De acordo com Schmidt (2011) a regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde.

Concomitantemente a regulamentação do SUS, o Brasil se organiza para responder as demandas da população que envelhece. Desta forma, a Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para prover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (WILLIG, LENARDT, MÉIER, 2012).

Considerando o envelhecimento populacional brasileiro, o desafio posto ao SUS é atender a população de idosos que já apresentam uma ou mais das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), se preocupar em promover assistência preventiva à população que se encontra em fases antecedentes a velhice e ainda não se esquecer de combater as doenças infecciosas que perduram significativamente em alguns locais do Brasil (SCHMIDT, 2011).

Segundo Ramos (2002) a saúde para a população idosa não se restringe ao controle e a prevenção de agravos das DCNTs. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social.

No caso brasileiro, o referencial de cuidados primários em saúde proposto em Alma Ata, no Cazaquistão (antiga União Soviética) em 1978, inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início de 1980, e trouxe aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos. No transcorrer do tempo e com o desenvolvimento do SUS, cada vez mais há a inserção da concepção da Atenção Básica à Saúde (GIL, 2006).

Neste contexto, foi iniciado oficialmente no ano de 1991 o Programa Saúde da Família (PSF) com a implantação do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), atualmente denominados, respectivamente, como Estratégia Saúde da Família (ESF) e Estratégia Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

A Estratégia Saúde da Família representa uma concepção de atenção à saúde focada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde envolvidos, os indivíduos, suas famílias e suas comunidades.

Com isso, criam-se condições que conduzem à construção de um novo modelo de atenção à saúde mais justo, equânime, democrático, participativo e solidário (BRASIL, 2000).

E ainda a ESF concebe um modelo de saúde centrado na promoção da qualidade de vida. Um dos seus principais objetivos é gerar práticas de saúde que possibilitem a integração das ações individuais e coletivas, práticas essas cujo desenvolvimento exige profissionais com visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade na qual ela está inserida (BRASIL, 2000). Seus principais princípios organizativos e operacionais são: vigilância à saúde, descentralização e a hierarquização, territorialização e adscrição da clientela e atuação com base em uma equipe multiprofissional composta por um médico e enfermeiro generalistas, um ou dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (VECCHIA, 2006).

A Estratégia Saúde da Família traz o fato de o trabalho em saúde não estar centrado na unidade e sim no território, mais precisamente nas famílias (FEWERWEKER, 2005).

Diante desse prisma, da atenção básica em saúde e a atuação dos membros da equipe ESF junto às comunidades do país, é de suma importância realizar uma reflexão da atuação específica dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) à população de idosos, uma vez que esta população aumenta exponencialmente em nossa sociedade e requer cuidados específicos e que demanda assistência integral.

1.3 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Idosos

O Agente Comunitário de Saúde é um dos profissionais que faz parte da equipe multiprofissional que atua na ESF. Desde a implantação da EACS e a expansão da ESF pelo país os ACS buscaram o reconhecimento legal da profissão. E em 10 de julho de 2002, publicou-se a Lei Federal nº 10.507 que criou a profissão de agente comunitário de saúde. Assim, os ACSs podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional (BRASIL, 2004).

De acordo com a Lei 11.350 de 05 de Outubro de 2006 o Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

I - Residir na área da comunidade em que atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;

II - Haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada;

III - Haver concluído o ensino fundamental.

E segundo a mesma lei acima, o agente tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, e deve atender entre 400 e 750 pessoas dependendo das necessidades locais, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

As atuações específicas deste profissional são, (BRASIL, 2001):

- A utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
- A promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- O registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- O estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- A realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;
- A participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.
- Realizar mapeamento de sua área;
- Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;
- Identificar indivíduos e famílias expostas a situações de risco;
- Identificar áreas de risco;
- Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário;
- Realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica;
- Realizar, por meio de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;

- Estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situação de risco;
- Desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras;
- Traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites;
- Identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possa ser potencializados pela equipe.

Desta maneira considerando as atribuições anteriormente ressaltadas, a rotina de um ACS de forma resumida, envolve as seguintes tarefas (BRASIL, 2001):

Cadastramento/ Diagnóstico: é a primeira etapa do trabalho junto à comunidade. Consiste em registrar na ficha de cadastro do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) informações sobre cada membro da família assistida a respeito de variáveis que influenciam a qualidade da saúde, como condições de moradia, condições de saúde e etc. Essas informações uma vez consolidadas e analisadas serão divulgadas e discutidas junto à comunidade e posteriormente encaminhadas para a Secretária Municipal de Saúde, que por sua vez encaminhará cópia para a Secretária Estadual de Saúde. Uma vez reunidas e processadas no estado, darão origem a um relatório a ser encaminhado ao Ministério da Saúde.

Mapeamento: esta fase consiste no registro em um mapa da localização das residências das áreas de risco para a comunidade, assim como os pontos de referência no dia-a-dia da comunidade, com o objetivo de facilitar o planejamento e desenvolvimento do trabalho do agente.

Identificação de Microáreas de risco: uma vez realizado o mapeamento, o ACS identifica setores no território da comunidade que apresentam áreas de risco. Ou seja, locais que apresentam algum tipo de perigo para a saúde das pessoas que moram ali, como inexistência ou precariedade do sistema de tratamento de esgoto sanitário, de abastecimento de água, entre outros.

Realização de visitas domiciliares: este é o principal instrumento de trabalho dos ACS. Consiste, de no mínimo, uma visita mensal a cada família residente na área de atuação do agente. A quantidade de visitas por residência varia em função das condições de saúde de

seus habitantes e da existência de crianças e gestantes, as quais recebem atenção especial por comporem grupos prioritários.

Ações Coletivas: com vistas a mobilizar a comunidade o ACS promove reuniões e encontros com grupos diferenciados – gestantes, mães, pais, adolescentes, idosos, grupos em situações de risco ou de portadores de doenças comuns – e incentiva a participação da família na discussão do diagnóstico comunitário de saúde, no planejamento de ações e na definição de prioridades.

Ações Intersetoriais: além de ações específicas na área de saúde, o agente pode atuar em outras áreas como:

- Educação – identificação de crianças em idade escolar que não estão frequentando a sala de aula;
- Cidadania/Direitos Humanos – ações humanitárias e solidárias que interfiram de forma positiva na melhoria da qualidade de vida (reforço a iniciativas já existentes de combate a violência e criação de comissões em defesa das famílias expostas à fome e a desastres naturais como secas e enchentes).

E diante dessas atribuições específicas dos ACSs há aquelas destinadas à população de idosos que dentre elas destaca-se, (BRASIL, 2006):

- Cadastrar todas as pessoas idosas de sua micro-área e manter o cadastro atualizado;
- Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;
- Identificar e encaminhar o idoso fragilizado 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 adstrita à unidade, mantendo a equipe informada, principalmente, a respeito dos idosos frágeis;
- Estar em contato permanente com as famílias e finalmente avaliar as condições de risco de quedas observáveis no domicílio.

Diante deste contexto, para que esse profissional possa desenvolver todas as atribuições listadas acima, é de suma importância à promoção de educação permanente em saúde abordando os diversos aspectos dessa área que estejam presentes em seu cotidiano de trabalho.

1.4 Agentes Comunitários de Saúde e Educação Permanente

De acordo com o MINISTÉRIO da SAÚDE (2000), seguem as seguintes informações sobre educação permanente para todos os membros que compõem a Equipe Saúde da Família.

O profissional da equipe de Saúde da Família precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolve ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação. Um profissional capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. E para que isto aconteça, é preciso uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la e estimular sua participação.

Ao lado dos investimentos nos Pólos de Capacitação, o Departamento da Atenção Básica coloca à disposição dos técnicos responsáveis pelo treinamento de equipes de Saúde da Família, propostas de curso introdutório e de implementação de projetos de Educação Permanente (EP), com o objetivo de buscar dar respostas imediatas às crescentes demandas de educação em saúde dos profissionais que atuam na ESF.

Espera-se, pois, que o processo de educação permanente funcione, como fonte de conhecimento, e como objeto de planejamento e transformação das práticas de Saúde da Família, desta forma o processo de EP para a Estratégia Saúde da Família objetiva:

1. Melhorar a qualidade dos serviços, mediante um processo educativo permanente e comprometido com a prática do trabalho;
2. Aumentar a resolubilidade das ações frente aos problemas prevalentes;
3. Fortalecer o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família;
4. Fortalecer o compromisso com a saúde da população por parte dos membros da equipe.

Mediante este cenário o desenho de um projeto de educação permanente para as equipes de Saúde da Família deve incluir, de maneira simplificada:

1. Levantamento das necessidades da comunidade e dos profissionais;
2. Elaboração dos objetivos de aprendizagem;
3. Seleção de conteúdos ou temas;
4. Definição dos métodos e técnicas de ensino-aprendizagem;

5. Organização sequencial do currículo/grade programática;
6. Definição das atividades;
7. Execução do programa com contínua avaliação do processo e dos resultados.

Especificamente quanto à formação/capacitação do ACS segundo Barros (2006), sabe-se que até 2004, ano de publicação da Portaria Ministerial nº. 2.474/2004, o ACS era preparado para o exercício de suas atividades por meio de capacitações denominadas “Treinamentos Introdutórios”, implementados pelos Pólos de Educação Permanente em Educação da Saúde da Família. A partir desta portaria, foi formulado o Referencial Curricular para curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde no Brasil, uma ferramenta para orientar as instituições formadoras na elaboração dos currículos e na formação da proposta do curso de habilitação técnica em ACS.

Outra forma de capacitação é o Programa de Capacitação à Distância, denominado Agentes em Ação composto por uma série de 25 programas em vídeo que torna o processo de aprendizagem mais atrativo e interessante, incorporando a experiência visual como parte das estratégias didático-pedagógicas (BRASIL, 2001).

Os vídeos abordam em seu conteúdo ações básicas de saúde. Cada vídeo é acompanhado de um fascículo que destaca e/ou complementa as mensagens principais do respectivo vídeo. A série está estruturada em três blocos:

Bloco I - O ACS e seu trabalho na comunidade

1. Quem é o Agente de Saúde;
2. Cadastramento;
3. Diagnóstico
4. Diagnóstico – 2ª Parte
5. Microáreas de Risco;
6. Mapeamento;

Bloco II – Grupos prioritários do trabalho do ACS

1. Planejamento familiar;
2. Pré-natal;
3. O Resguardo;
4. O Recém Nascido;
5. Cartão da Criança;
6. Diarreia e IRA;

7. Adolescência;
8. O adolescente e as drogas;
9. Velhice não é doença;

Bloco III – Ações do ACS frente problemas de saúde

1. O deficiente físico;
2. O deficiente mental;
3. AIDS;
4. Câncer uterino e de mama;
5. Saúde Bucal;
6. Educação Nutricional;
7. Tuberculose e Hanseníase;
8. Vacinação;
9. Hipertensão e Diabetes;
10. Participação comunitária em saúde

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 19 de outubro de 2006 foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), que visa assegurar e promover o envelhecimento e a velhice com maior qualidade de vida a todos idosos brasileiros. O que faz relevante nesse momento é ressaltar que dentre as diretrizes que norteiam essa política, destaca-se a capacitação de profissionais de saúde dos diversos níveis de hierarquia, visando o alcance da qualidade da assistência prestada à pessoa idosa.

Em estudo realizado por Bezerra et al (2005), os ACS do município de Camaragibe (PE) relataram que gostariam de saber “tudo” sobre o idoso e o envelhecimento. Este achado traduz a carência que há na formação dos ACSs quanto abordagens dos temas relacionados à velhice e ao processo de envelhecimento que se torna crucial na medida em que esse profissional desempenha o papel de mediador entre as necessidades biopsicossociais dos idosos e os serviços e profissionais de saúde que possam solucioná-los.

E ainda segundo Ferreira e Ruiz (2012), em estudo realizado no interior paulista, com ACS na perspectiva de averiguar as atitudes e conhecimentos desses profissionais em relação à velhice, o estudo demonstrou haver lacunas no conhecimento gerontológico dos agentes comunitários de saúde e que a aproximação destes profissionais com treinamentos foi determinante, para melhores resultados em questionário aplicado na pesquisa.

O agente comunitário de saúde pode tornar-se um catalisador de recursos “escondidos” na comunidade para ampliar o apoio social, estimulando a escuta (sofrimentos, carências, desejos, possibilidades e saberes), com um papel importante na constituição de uma rede de cuidados no território, aumentando possibilidades de troca de afetos e recursos na comunidade (LANCETTI, 2000 apud VECCHIA, 2006, p 28).

Após o exposto é de suma importância que se busque implementar educação permanente em gerontologia aos ACS, uma vez que eles desempenham papel crucial junto à população de idosos, sendo o elo entre a unidade de saúde e o idoso, desta maneira contribuindo com os demais profissionais que compõem a equipe da ESF para promoção do bem-estar e qualidade de vida desses indivíduos.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Estudar um Programa de Educação em Gerontologia desenvolvido junto aos Agentes Comunitários de Saúde, de um município do interior paulista.

2.2 Objetivos Específicos

- ❖ Analisar o perfil sociodemográfico dos Agentes Comunitários de Saúde de um município do interior paulista;
- ❖ Conhecer a convivência formal e informal dos ACS com grupo de idosos;
- ❖ Avaliar os erros e os acertos do teste sobre conhecimentos gerontológicos aplicado antes e após o desenvolvimento do Programa de Educação em Gerontologia.

3. Materiais e Métodos

3.1 População de Estudo

A população do estudo seria composta por cento e onze ACS, que totalizava os profissionais dessa categoria na cidade de Lençóis Paulista. Contudo, não aderiram ao estudo 22,5 (%) desses profissionais, por estarem de férias (8 ACS), licenciados (2 ACS), ou ainda

por não atenderem ao item de inclusão da pesquisa de participação em 80% do Programa Educação em Gerontologia (15 ACS). Portanto, a população do estudo totalizou 86 ACS.

3.2 Critérios de Inclusão

- ❖ Todos os agentes comunitários de saúde que consentirem com a pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).
- ❖ Todos os agentes comunitários que estavam exercendo a profissão no período da coleta dos dados e puderam participar de pelo menos 80% das atividades programadas.

3.3 Local de Estudo

A presente pesquisa foi desenvolvida na cidade de Lençóis Paulista, SP, município situado no Centro-Oeste Paulista, com população de 61.428 habitantes, segundo dados do IBGE de 2010. Este possui cobertura de 100% dentro da Estratégia de Saúde da Família.

O local para desenvolvimento do Programa de Educação em Gerontologia foi definido pela diretoria de saúde do município, levando em conta as características das atividades propostas, bem como, melhor acesso dos sujeitos envolvidos na pesquisa, assim o mesmo ocorreu nas unidades de ESF e EACS, constituindo o total de 12 locais.

Os locais foram compostos por sete unidades com Estratégias Saúde da Família (Nações; Júlio Ferrari; Maria Cristina; Cruzeiro; São João; Alfredo Guedes; Caju) e cinco unidades com Estratégia Agentes Comunitários de Saúde (Centro; Núcleo; Ubirama; Cecap; Monte Azul) onde foram encontrados os ACSs. Ressalta-se que foi feita uma junção pela diretoria de saúde do município, para melhor desenvolvimento do treinamento, entre os ACS dos locais: Monte Azul e Centro; Cruzeiro e São João; e Cecap e Alfredo Guedes.

De acordo com dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), do ano de 2013, no município há o total de 7.518 pessoas idosas cadastradas representando 12,2 % da população. Abaixo segue tabela indicativa da distribuição de idosos nas ESF e EACS.

Tabela 1. Distribuição de idosos no município de Lençóis Paulista, de acordo com cadastro nas unidades de ESF e EACS, Botucatu, SP, 2013.

Unidades ESF e EACS	Quantidade de Idosos (> 60 anos)		
	Feminino	Masculino	Total
ESF Nações	166	153	319
ESF Júlio Ferrari	166	135	301
ESF Maria Cristina	315	228	543
ESF Caju	138	124	262
ESF Alfredo Guedes	89	102	191
ESF Cruzeiro	285	245	530
ESF São João	222	184	406
EACS Cecap	471	409	880
EACS Núcleo	1037	846	1883
EACS Centro/ Ubirama/ Monte Azul	1259	944	2203
TOTAL	4148	3370	7518

3.4 Instrumentos

No estudo foram utilizados os seguintes instrumentos para coleta dos dados:

- Questionário Sociodemográfico (Anexo 5): este é composto por perguntas semiestruturadas, visando analisar o perfil sociodemográfico dos ACS. Os itens abarcam os seguintes aspectos idade, sexo, estado civil, renda familiar, nível de escolaridade, anos de trabalho como ACS, se já participou de algum programa de educação gerontológica envolvendo o tema envelhecimento e velhice, se sim, você se recorda de algo que aprendeu sobre essa população.
- Avaliação do contato dos ACS com idosos (Anexo 6): destinado a investigar possíveis relações entre os ACS e a população de idosos do município. Este questionário é composto por 10 perguntas como: você possui familiares idosos; você mora ou já morou com idosos; com que frequência você tem contato com idosos; esse contato você caracteriza como sendo (formal, informal, misto); você tem alguma experiência de trabalho com grupo de idosos; se sim como essa experiência foi adquirida; qual a

sua opinião sobre os idosos que você tem contato através do trabalho, quanto aos aspectos biológicos, psicológicos e sociais; quanto você acha que o ACS contribui para que os idosos possam ter um bem-estar e uma qualidade de vida cada vez melhor; por quê (Descreva o motivo da resposta assinalada na questão 8 brevemente). O que você espera de um programa de educação gerontológica. Ressalta-se que esse questionário não possui validação, devido à inexistência de instrumento validado para essa finalidade, porém foi criado para auxiliar na presente pesquisa, baseado em quesitos de questionário semelhante, utilizado em estudo realizado por Ferreira e Ruiz (2012), intitulado “Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos”.

- Questionário para Avaliação de Conhecimentos em relação á velhice (Anexo 4): a fim de avaliar os conhecimentos básicos dos ACS sobre envelhecimento e velhice foi empregado o questionário Paltmore-Neri-Cachioni. Este é composto por 25 questões de múltipla escolha que abordam conhecimentos gerais sobre idosos e o processo de envelhecimento. O instrumento foi validado em 2002 em uma amostra de 102 professores universitários voltados à educação gerontológica, por Cachioni, Meire, em estudo intitulado “Quem educa os idosos? Um estudo sobre professores de Universidades da Terceira Idade”. Ele é uma versão traduzida e adaptada do Paltmore Aging Quiz, mas de uma versão já modificada que foi produzida por Harris, Changas e Paltmore (1996). O instrumento é utilizado amplamente pela literatura internacional, para verificar conhecimentos e crenças acerca da velhice e o envelhecimento em estudantes e profissionais ligados à área gerontológica.

3.5 Procedimentos de coleta dos dados

Todos os sujeitos envolvidos na pesquisa foram capacitados por meio de aulas expositivas e dialogadas, abordando aspectos relacionados ao envelhecimento e a velhice, descritos no Anexo 7, e denominado no presente estudo como Programa de Educação em Gerontologia (PEG). Destaca-se que o PEG foi totalmente desenvolvido pela própria pesquisadora.

A escolha dos temas foi instituída por parte da diretoria de saúde do município, bem como por temas relevantes para a pesquisadora e aqueles presentes no questionário para avaliação de conhecimentos em gerontologia (Anexo 4).

O Programa de Educação em Gerontologia foi constituído por cinco temas centrais relacionados ao processo de envelhecimento bem como a velhice. No primeiro encontro foi tratado o tema envelhecimento humano- possibilidades e desafios, no qual se buscou familiarizar os ACS com nomenclaturas e explanações acerca do processo de envelhecimento e demografia populacional brasileira; no segundo foi abordado o aspecto biológico do envelhecimento, principalmente focando as transformações e declínios dos sistemas: cardiovascular, respiratório e musculoesquelético; no terceiro foi desenvolvido o tema Doença de Alzheimer, com a descrição biológica, tratamentos, prevenções, sintomas e fases de evolução da doença; no quarto foi elucidado o assunto sobre relações familiares e sociais dos idosos versus violência contra a pessoa idosa e ainda no quinto e último encontro foi explanado o tema finitude ressaltando os aspectos éticos e reflexivos que envolvem este assunto.

Ressalta-se que em todos os encontros os temas foram abordados por meio de método tradicional dialogado, ou seja, com apresentação de slides, bem como discussão utilizando-se estudo de caso (elaborado pela própria pesquisadora e também aqueles que faziam parte do cotidiano de trabalho dos ACS e que estes julgaram mais interessantes) e ainda foram desenvolvidas atividades complementares, como vídeos (“envelhecer em um minuto”, “The Alzheimer’s Project- avanços da ciência”, “A violência no idoso”). Toda a descrição detalhada do Programa de Educação em Gerontologia consta no anexo 7.

Primeiramente, foram organizadas as turmas e o período que ocorreriam as aulas junto à diretoria de saúde. Posteriormente foi acordado com cada enfermeira responsável pelos ACS dos respectivos locais, um momento para que a pesquisadora pudesse convidá-los a participar da pesquisa e em seguida foi solicitado aos sujeitos, o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1), o questionário sociodemográfico (anexo 5) e a avaliação do contato dos ACS com idosos (Anexo 6), que deveriam ser respondidos por todos os ACS que estivessem de acordo a participar da pesquisa. Ressalta-se que o período em que ocorreu esse primeiro contato com os sujeitos da pesquisa foi no mês de Junho de 2012 e o tempo gasto para aplicação dos questionários foi de 30 minutos.

Posteriormente, foi desenvolvido o Programa de Educação em Gerontologia (anexo 7) junto aos ACS, por meio de aulas expositivas e dialogadas, conjuntamente de discussões utilizando-se estudo de casos. Visou conhecê-lo como uma metodologia tradicional com possibilidade de reprodução em outras localidades. E ainda buscou investigar se o mesmo

realmente poderia contribuir à formação do Agente Comunitário de Saúde. O programa ocorreu no período de cinco dias com duração de 90 minutos cada encontro.

Destaca-se que o PEG ocorreu em todas as ESF e EACS do município, porém em períodos distintos, desta forma a duração total da educação gerontológica até atingir todas as localidades foi de quatro semanas, entre os meses de Julho e Agosto de 2012.

Antes do desenvolvimento do programa, foi aplicado o “Questionário para avaliação de conhecimentos em relação à velhice” (anexo 4), e ao término do programa foi feito o mesmo procedimento de avaliação. O mesmo foi reaplicado após três meses de concluídas as atividades, destaca-se que as aplicações do questionário foram realizadas pela própria pesquisadora. O tempo gasto para aplicação do questionário foi de 30 minutos. Os ACS foram informados das reaplicações do questionário, com antecipação.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

O presente projeto de pesquisa seguiu a Resolução nº 196/96 sobre as diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996). Salienta-se que, todos os participantes tomaram ciência e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

O projeto foi submetido à análise e aprovação pela Diretoria de Saúde da Prefeitura Municipal de Lençóis Paulista, com a autorização do diretor de saúde do município, demonstrada através do Anexo 2. O mesmo também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP), por meio do protocolo CEP 4149-2012 (Anexo 3).

3.7 Análise dos Resultados

Trata-se de um estudo quantitativo, qualitativo e longitudinal. O PEG foi realizado pela própria pesquisadora, que aplicou os instrumentos aos ACSs nos tempos previstos, isto é, antes, imediatamente depois, e após os três meses do desenvolvimento do Programa de Educação em Gerontologia.

A análise dos dados na comparação dos resultados das avaliações foi de delineamento em medidas repetidas. Na análise em que se utilizaram percentuais, foram realizados testes qui-quadrado de tendência. Caso os dados tivessem distribuição normal

seriam analisados através da ANOVA, em medidas repetidas seguido de teste de comparação múltipla de Tukey. Caso não houvesse normalidade, eles seriam analisados por teste não paramétrico. Todas as análises foram feitas no SAS for Windows, v.9.2 e foi adotado o nível de significância de 5% para todos os testes ou o p-valor correspondente.

Para obtenção de resultados quanto ao nível de acerto nas diferentes aplicações do questionário de conhecimentos gerontológicos, foi feita a análise das médias, desvio-padrão e os índices máximo e mínimo.

Para verificar a consistência do instrumento aplicado “questionário para avaliação de Conhecimentos em Gerontologia” foi calculado o coeficiente de α de Cronbach.

Para a análise qualitativa de alguns itens do questionário, os dados foram categorizados de acordo com o objetivo proposto por meio do referencial de análise temática de Minayo (2004) que aborda como uma descoberta de núcleos de sentido evidenciados a partir dos temas que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência apresentam significado para o objetivo analítico do estudo.

Neste tipo de análise, a unidade de registro é denominada de tema, e, representa uma unidade de significação que se desloca naturalmente do texto analisado, seguindo critérios relacionados à teoria que serve de guia à leitura do documento em análise (BARDIN, 1979).

De acordo com Minayo (2004), a operacionalização da análise temática abrange três etapas: 1) *Pré-Análise*: são determinadas nesta fase, as unidades de registro – palavras chave ou frases, as unidades de contexto, os recortes, a forma de categorização e os conceitos teóricos gerais que orientarão a análise, levando-se em conta a questão central e objetiva da pesquisa; 2) *Exploração do Material*: consiste na transformação dos dados iniciais obtidos, objetivando a compreensão do texto a partir do seu núcleo de sentido. Procede-se o recorte do texto em unidades de registro e realiza-se a classificação e agregação dos dados; 3) *Tratamento dos Resultados Obtidos*: ocorre a interpretação dos dados obtidos, já categorizados, correlacionando-os com o referencial teórico que fundamenta a pesquisa.

4. Resultados

4.1 Perfil Socio-demográfico dos Agentes Comunitários de Saúde

A distribuição dos agentes comunitários em relação ao sexo nos mostra uma população predominantemente feminina: 90,7%, enquanto apenas 9,3% eram do sexo masculino.

Em relação ao estado civil a maioria estava casada (53,4%) seguida pelos solteiros (29%), logo depois de divorciados (15,1%) e viúvos (2,3%).

Quanto ao nível de escolaridade, grande parte apresentou ensino médio completo (79%), ensino superior incompleto (6,9%), ensino fundamental completo (4,6%), ensino superior completo e ensino técnico (3,4%) e ensino médio incompleto (2,3 %).

A média de idade dos sujeitos do estudo foi de 34,4 anos (mínimo de 20 anos e máxima de 56 anos) e desvio-padrão de 8,73.

Os ACS estudados apresentaram renda familiar média de aproximadamente 3 salários mínimos (mínimo 1 e máximo de 6 salários mínimos e meio) com desvio-padrão de aproximadamente 1 salário mínimo. Nota-se que o salário mínimo baseia-se no salário mínimo brasileiro vigente no ano de 2012, no valor de R\$ 622,00.

Quanto ao tempo de trabalho na função de ACS, a média foi de 31,5 meses (mínimo de 2 e máximo de 120 meses) com desvio-padrão de 22,6.

4.2 Avaliação do contato dos ACS com idosos e o Programa de Educação em Gerontologia

De acordo com os resultados da análise de contato dos agentes comunitários com idosos, obtidos por meio da aplicação do questionário “Avaliação do contato dos ACS com idosos”, dos entrevistados 87,2% disseram possuir um membro familiar idoso, enquanto apenas 12,7% disseram não possuir.

Quanto a ter morado ou morar com idoso 62,7% deles afirmaram já ter morado com algum idoso; enquanto 37,2% disseram nunca ter morado; dentre os agentes comunitários 95,3% expuseram a frequência de contato com idosos sendo *sempre*, uma vez que somente 4,6% disseram ter contato *às vezes*; diante desta frequência de contato com idosos a prevalência da característica desse contato foi mista (77,9%), isto é, desenvolvida e cultivada no trabalho e na família, a característica de contato definida como formal foi de 14% e informal foi de 8,1%.

A maioria dos profissionais envolvidos no estudo declarou possuir experiência de trabalho com idosos 93%, sendo que 6,9% afirmaram não possuí-la. Quando indagados de

que forma adquiriram essa experiência de trabalho com grupos de idosos 48,1% disseram ter sido por meio do cotidiano de trabalho como ACS, 32,1% deles afirmaram ser por meio de capacitações oferecidas pelo SUS a eles e também pelo cotidiano de trabalho, e por fim, 69% deles acreditam que o ACS contribui *muito* para a promoção da qualidade de vida do idoso, enquanto que 29,7% acreditam que o ACS contribui *um pouco* e ainda 1,1% acreditam que o ACS não contribui *nada* .

Os ACS entrevistados afirmaram 61,3% que já participaram de capacitação gerontológica e 12,7% deles disseram não ter participado desse tipo de treinamento enquanto agentes comunitários.

Os dois questionários descritos anteriormente foram compostos por perguntas fechadas e abertas. Nesse momento, serão expostos os dados obtidos mediante a análise das questões abertas, ou seja, a descrição qualitativa desse estudo, norteadas pela análise temática de Minayo (2004), com a construção das categorias e subcategorias mediante essas questões. Ressalta-se que todos os discursos foram reescritos como os originais e os mesmos se encontram no anexo 8.

Quanto ao questionário de análise do perfil sociodemográfico dos ACS foi questionado sobre a participação dos agentes em capacitações gerontológicas, para aqueles que respondiam positivamente, perguntava-se sobre a recordação de algum tema aprendido na ocasião (participou de capacitação envolvendo o tema envelhecimento e velhice? Se sim, se recorda de algo?). De acordo com os dados obtidos dos que haviam participado, dez dos ACS disseram não se recordar, e com os demais discursos pôde ser extraídas sete categorias. As categorias obtidas nessa questão foram:

1. Violência contra o idoso e os Maus Tratos e a Doença de Alzheimer e o Estatuto do Idoso.

Ex: *“Tivemos uma palestra em 2011, onde aprendi a perceber sinais de violência praticada contra os idosos, mesmo aquelas em que a violência é mais psicológica, ou seja, é mais verbal” (ACS 5).*

2. Cuidados com a saúde, medicamentos para os idosos e as Relações Familiares.

Ex: *“Cuidados com a saúde, hipertensão e diabetes e outras complicações. A responsabilidade esta nas mãos dos familiares e não do governo. Os idosos estão mais ativos e não estamos preparados para lidar com isso” (ACS 61).*

3. Cuidados com a moradia e bem-estar, prevenção de quedas.

Ex: *“Pessoas que necessitam de mais atenção, tem os movimentos limitados, e correm o risco de quedas” (ACS 84).*

4. Envelhecimento populacional e biológico.

Ex: *“As pessoas estão sobrevivendo mais, e não estamos preparados para essa nova realidade”*(ACS 73).

5. Fragilidade emocional e carência.

Ex: *“Aprendi que eles mais necessitam é carinho, amor e respeito”*(ACS 34).

6. Manobras primeiros socorros e as doenças predominantes na velhice.

Ex: *“Sobre alimentação e estatísticas, manobras de primeiros socorros, hipertensão”* (ACS 31).

7. Exercícios físicos e idosos ativos.

Ex: *“Alimentação e exercícios físicos”* (ACS 42).

Em cada categoria encontrada acima, destaca-se conteúdos referentes ao conhecimento sobre envelhecimento e velhice que os participantes obtiveram anteriormente ao desenvolvimento do Programa de Educação em Gerontologia, por meio do exercício na atividade de agente comunitário, bem como experiências em outras fases de suas vidas.

Quanto ao questionário sobre contato dos ACS com idosos, três questões abertas o compuseram, sendo estas:

- Qual a sua opinião sobre os idosos que você tem contato no trabalho, quanto aos aspectos biológicos, psicológicos e sociais?
- Você acredita que o ACS contribui para a promoção da saúde do idoso? Por quê?
- O que você espera de um programa de educação gerontológica?

Quanto à primeira questão, houve a construção de quatro categorias e desenvolvimento de subcategorias. Ressalta-se que onze participantes não responderam essa questão. Segue abaixo as categorias:

1. Opiniões quanto aos aspectos biopsicossociais.

Ex: *“Quanto aos aspectos biológicos estão assistidos, psicológicos e sociais estão vulneráveis”*(ACS 4).

2. Opiniões sobre apenas dois aspectos dentre o biológico, psicológico e social.

Ex: *“Psicologicamente extremamente carentes e socialmente a grande maioria por conta do baixo grau de escolaridade totalmente “alienados”*(ACS 33).

3. Opiniões gerais sobre os idosos.

1.1 Aspectos negativos sobre os idosos.

Ex: *“Os idosos passam grandes dificuldades com doenças e financeiramente”*(ACS 35).

1.2 Aspectos positivos sobre os idosos.

Ex: *“Eu acho que os idosos estão bem”*(ACS 36).

1.3 Idosos apresentam aspectos positivos e negativos.

Ex: *“Percebo que muitos são fortes e outros mais fracos, muda de um para o outro. Eles tem muita coragem, ACS ajuda muito pois levamos grande informações e muitos idosos são carentes”* (ACS 76).

2. Opiniões apenas sobre aspectos de saúde.

Ex: *“Os idosos que eu visito como ACS, em grande parte estão bem ativos, e alguns sofrem de doenças mentais”*(ACS 75).

As categorias e subcategorias encontradas acima referem-se aos conteúdos sobre a opinião dos ACS a respeito dos aspectos biopsicossociais dos idosos conhecidos por meio do trabalho.

Quanto à segunda questão houve a construção de duas categorias e desenvolvimento de subcategorias. Destaca-se que quatro agentes não a responderam. Segue abaixo as respectivas categorias:

1. ACS contribui um pouco para a promoção da qualidade de vida de idosos

1.1 Não depende apenas do profissional ACS;

Ex: *“Porque não depende só da gente, mas de toda a equipe”* (ACS 1).

1.2 Contribui para a promoção da saúde e orientação;

Ex: *“Contribuir na promoção da saúde”* (ACS 6).

1.3 Falta de colaboração para os ACS por parte da família, profissionais e responsáveis;

Ex: *“Porque nos poderíamos fazer mais se tivéssemos um respaldo dos responsáveis”* (ACS 14).

1.4 Falta interesse por parte dos idosos e pouco contato do ACS;

Ex: *“Porque falta interesse dos idosos e ter mais informação para poder informar”* (ACS 66).

2. ACS contribui muito para a promoção da qualidade de vida de idosos

2.1 Orientações e prevenção de doenças;

Ex: *“Porque tento passar a importância do uso de uma medicação, por exemplo”*(ACS 72).

2.2 Oferecimento de atenção e companhia;

Ex: *“Muitos deles são carentes, pobres de atenção e com a visita dos ACS, a rotina dos mesmos é mudada, trazendo um pouco de atenção, carinho e bem-estar”* (ACS 54).

As categorias e subcategorias encontradas acima são relativas aos conteúdos sobre as opiniões dos ACS quanto à contribuição deles, na promoção da qualidade de vida e bem-estar dos idosos.

Quanto à terceira questão houve a construção de cinco categorias. Ressalta-se que sete participantes não responderam essa pergunta. Segue abaixo as respectivas categorias:

1. Entendimento das mudanças decorrentes do envelhecimento e melhor maneira de atender aos idosos;

Ex: *“Espero entender melhor as mudanças que ocorrem com as pessoas ao passar dos anos” (ACS 1).*

2. Opiniões quanto aproveitamento e melhor desenvolvimento da Educação Permanente em Gerontologia;

Ex: *“Espero que seja muito proveitoso para eu usar no meu dia-a-dia” (ACS 2).*

3. Melhor maneira de orientação ao idoso e família e técnicas de abordagem;

Ex: *“Espero esclarecimentos a respeito da melhor maneira de orientá-los e como lidar com eles com respeito” (ACS 4).*

4. Obter bons resultados no trabalho e proporcionar ajuda e aumentar qualidade de vida e saúde dos idosos;

Ex: *“Que possa nos dar melhor condições de ajudá-los” (ACS 26).*

5. Obter mais conhecimentos nessa área para usar no cotidiano de trabalho e para a própria velhice;

Ex: *“Ter mais conhecimento sobre essa área” (ACS 15).*

As categorias obtidas acima encontram-se conteúdos referentes as expectativas dos ACS em relação ao desenvolvimento de um programa de educação em gerontologia.

Nesse momento serão descritos os dados obtidos por meio da aplicação do “questionário para avaliação de conhecimentos em gerontologia”. Esse instrumento é composto por vinte e cinco questões, de múltipla escolha, constando quatro opções de respostas em cada uma delas, todas relacionadas a temas sobre velhice e envelhecimento, o mesmo se encontra no anexo 4.

É importante destacar que para verificar a consistência interna das respostas ao instrumento utilizado (“Avaliação de Conhecimentos em Gerontologia”) foi calculado o coeficiente de α de Cronbach. Apesar dos valores para α acima de 0,80 indicar alta consistência interna, valores acima de 0,60 já indicam consistência entre os itens de resposta (Cronbach, 1951). No presente estudo, o resultado do α foi de 0,50 ($\alpha = 0,50$), ressalta-se que embora se considere que para haver consistência interna, os indicadores de α devem ser acima

de 0,60, o valor encontrado nessa pesquisa para o α de Cronbach reflete a uniformidade, ou seja, quase todos os participantes apresentaram as mesmas respostas em relação aos diferentes itens do questionário.

O mesmo questionário foi respondido pelos ACS, nos três momentos de aplicação, com frequências diferentes, pois na primeira aplicação o questionário foi respondido por 86 ACS (50,8%), já na segunda aplicação ele foi respondido por 83 agentes comunitários (49,1%), na terceira aplicação por 86 ACS (50,8%).

A perda dos sujeitos foi maior na segunda aplicação do questionário que ocorreu imediatamente após o desenvolvimento do Programa de Educação em Gerontologia, o motivo para o prejuízo desses agentes não terem respondido nesse momento ao mesmo, deveu-se ao fato de licenças e consultas médicas pré-agendadas.

Anteriormente ao desenvolvimento do Programa de Educação em Gerontologia a média de acertos foi de 10,2 e desvio-padrão de 2,2 (máximo de 15,0 e mínimo de 5,0 acertos). Na segunda aplicação, que ocorreu imediatamente após o treinamento, foi obtida média de 21,1 e desvio-padrão de 1,9 (máximo de 24,0 e mínimo de 15,0 acertos) e na terceira aplicação, que aconteceu depois de três meses ao emprego do treinamento, foi alcançada média de 16,4 e desvio-padrão de 3,0 (máximo de 23,0 e mínimo de 9,0 acertos), isso demonstra que mesmo tendo caráter recordatório, nessa aplicação conseguiu-se obter níveis maiores de acertos se comparado ao emprego do mesmo antes do programa de educação em gerontologia. Em suma, esses resultados refletem a importância do Programa de Educação em Gerontologia para ACS.

No quadro 1, pode-se visualizar a frequência de acertos, decorrente da aplicação do questionário nos diferentes momentos, destacando cada questão.

Quadro 1. Distribuição de frequência de acertos nos diferentes momentos de aplicação do questionário para avaliação de conhecimentos em gerontologia, por questão, Botucatu, SP, 2013.

Questões/ % Acertos	1ª Aplicação	2ª Aplicação	3ª Aplicação
Questão 1	44,5	70,1	57,1
Questão 2	39,7	97,4	76,1
Questão 3	54,2	97,4	79,7
Questão 4	50,6	98,7	92,8

Questão 5	25,3	73,0	53,0
Questão 6	86,7	98,7	92,8
Questão 7	19,2	78,2	40,4
Questão 8	53,0	94,8	67,8
Questão 9	67,4	91,0	72,6
Questão 10	9,6	29,4	27,3
Questão 11	43,3	87,0	77,3
Questão 12	67,4	98,7	76,1
Questão 13	54,2	85,9	82,1
Questão 14	80,7	96,1	91,6
Questão 15	75,9	94,8	95,2
Questão 16	15,6	33,3	8,3
Questão 17	15,6	79,4	34,5
Questão 18	37,3	79,4	55,9
Questão 19	28,9	90,9	60,7
Questão 20	1,2	80,7	51,1
Questão 21	63,8	97,4	82,1
Questão 22	6,0	87,1	53,5
Questão 23	42,1	94,8	83,1
Questão 24	12,2	80,7	63,1
Questão 25	24,1	96,1	73,8

De acordo com o quadro acima, pode-se depreender a evolução que houve de acertos com a resolução do questionário após o desenvolvimento do Programa de Educação em Gerontologia. Dentre as 25 questões, em todas elas, foi verificado o aumento de acertos da primeira para a segunda aplicação, o que comprova a carência de conhecimento em relação ao processo de envelhecimento e da velhice pelos agentes. Este dado corrobora a importância do desenvolvimento do PEG.

Segundo o quadro 1, podemos compreender que o recordatório das informações geradas com o programa de Educação em Gerontologia foi positivo na medida em que analisamos a frequência de acertos da primeira em comparação com a terceira aplicação do

questionário, em todas as questões houve maior percentual de acertos na terceira aplicação, exceto a questão de número dezesseis.

A propósito da questão de número dezesseis, essa tratava do tema sobre emoção estabelecendo uma analogia entre jovens e idosos, enquadrando-se quanto ao domínio psicológico. Mediante esse fato em estudo realizado por Cachioni (2003), com aplicação do mesmo questionário em sua amostra, a autora pode constatar o menor nível de acertos demonstrado em questões de domínio psicológico e social. No presente estudo tal fato talvez possa ser explicado pela insistência dos agentes em assinalar a resposta que melhor condizia às suas experiências de trabalho com idosos.

Observa-se que o instrumento utilizado é composto por 25 questões que são cobertas por domínios, sendo eles: físico, psicológico, cognitivo e social. Desta forma, tendo em vista o percentual de acertos retratado no gráfico acima, os ACS obtiveram maior índice de acertos quanto ao domínio físico, isto é, as perguntas destinadas aos aspectos físicos (biológicos) do envelhecimento e da velhice, aonde nas três aplicações houve destaque, contudo ressalta-se que na segunda aplicação do questionário, que ocorreu imediatamente após o desenvolvimento do Programa de Educação em Gerontologia o percentual de acertos foi relativamente alto em todos os domínios.

Posteriormente, expõem-se no quadro 2, constando os dados obtidos por meio do teste qui-quadrado de tendência com os momentos de acertos, nas diferentes aplicações do questionário para avaliação de conhecimentos em gerontologia.

Quadro 2. Resultado da análise de tendências das diferentes aplicações do questionário para avaliação de conhecimentos em gerontologia, Botucatu, SP, 2013.

Questões	Aplicação 1		Aplicação 2		Aplicação 3		P ¹	P ²	P ³
	N	%	N	%	N	%			
Q1	37	44,58	54	70,15	48	57,14	<0,0001*	0,0150*	0,0445*
Q2	33	39,76	76	97,44	64	76,19	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
Q3	45	54,22	76	97,44	67	79,76	<0,0001*	0,0005*	0,0042*
Q4	42	50,60	77	98,72	78	92,86	<0,0001*	0,0816	<0,0001*
Q5	21	25,30	57	73,08	44	53,01	<0,0001*	0,0251*	0,0010*
Q6	72	86,75	77	98,72	78	92,86	<0,0129*	0,0999	0,3988
Q7	16	19,28	61	78,21	34	40,48	<0,0001*	<0,0001*	0,0002*
Q8	44	53,01	74	94,87	57	67,86	0,5640	0,0009*	0,0246*
Q9	56	67,47	71	91,03	61	72,62	<0,0001*	0,0045*	0,0694
Q10	8	9,64	23	29,49	23	27,38	0,1458	0,1420	0,7874

Q11	36	43,37	67	87,01	65	77,38	<0,0001*	0,0750	0,0290*
Q12	56	67,47	77	98,72	64	76,19	<0,0001*	<0,0001*	0,4007
Q13	45	54,22	67	85,90	69	82,14	<0,0001*	0,5438	0,0004*
Q14	67	80,72	75	96,15	77	91,67	0,0064*	0,1892	0,0920
Q15	63	75,90	74	94,87	80	95,24	0,0009*	0,6558	0,0014*
Q16	13	15,66	26	33,33	7	8,33	0,0138*	<0,0001*	0,0785
Q17	13	15,66	62	79,49	29	34,52	<0,0001*	<0,0001*	0,2797
Q18	31	37,35	62	79,49	47	55,95	<0,0001*	0,0017*	0,0404*
Q19	24	28,92	70	90,91	51	60,71	0,0658	0,2027	0,4583
Q20	1	1,20	63	80,77	43	51,19	<0,0001*	0,0010*	<0,0001*
Q21	53	63,86	76	97,44	69	82,14	<0,0001*	0,0015*	0,0077*
Q22	5	6,02	68	87,18	45	53,57	<0,0001*	0,9237	<0,0001*
Q23	35	42,17	74	94,87	69	83,13	<0,0001*	0,0318*	<0,0001*
Q24	10	12,20	63	80,77	53	63,10	<0,0001*	0,0002*	<0,0001*
Q25	20	24,10	75	96,15	62	73,81	<0,0001*	0,0004*	<0,0001*

* Significativos

Legenda: P¹- p-valor referente à tendência de acertos da 1ª aplicação para a 2ª aplicação

P²- p-valor referente à tendência de acertos da 2ª aplicação para a 3ª aplicação

P³- p-valor referente à tendência de acertos da 1ª aplicação para a 3ª aplicação

De acordo com a tabela acima, quando se analisa a quantidade de acertos da primeira aplicação do questionário para a segunda aplicação o número de acertos foi maior para todas as questões na segunda aplicação se comparado à primeira, demonstrando a tendência de acertos após a educação gerontológica, contudo o p¹ valor não foi significativo nas questões 8, 10 e 19. Essas questões, respectivamente, tratavam de acidentes no trânsito com idosos, a proporção de idosos que se mantêm ativos e a porcentagem de idosos no Brasil.

Sobre a análise de tendências da tabela acima, depreende-se que a proporção de acertos da segunda aplicação para a terceira aplicação do questionário foi menor; houve um decréscimo de acertos. Quanto aos resultados do p²- valor foi observado à tendência de acertos negativa em várias questões, como a 4, 6, 10, 11, 13, 14, 15, 19, 22, este resultado era esperado, na medida em que a terceira aplicação ocorreu após três meses do desenvolvimento do Programa de Educação em Gerontologia.

Segundo a análise de tendência, constatou-se que a quantidade de acertos obtida com a terceira aplicação do questionário foi maior se comparado à primeira aplicação do mesmo. Esse é um dado significativo, pois reflete a importância do desenvolvimento de educação permanente em gerontologia para agentes comunitários, visto que mesmo depois de três meses do desenvolvimento do PEG houve alto índice de acertos, confirmados por meio do p-valor.

5. Discussão dos Dados Analisados

Apesar da amostra estudada não ser representativa da população brasileira, no que tange aos ACS, os dados obtidos acerca desses profissionais quanto ao perfil sócio-demográfico e contato com grupo de idosos, estão em consonância com aqueles descritos na literatura e provavelmente refletem a situação geral.

De acordo com Ferraz e Aerts (2005), em estudo realizado no município de Porto Alegre- RS, a fim de investigar o cotidiano de trabalho dos ACS, em relação ao perfil sociodemográfico, a maioria eram mulheres, na faixa etária dos 30 a 49 anos de idade, eram casadas e possuíam de 9 a 11 anos de escolaridade, esse achado vai de encontro com os dados obtidos na presente pesquisa em que a maioria dos agentes foi do sexo feminino, a média de idade foi de 34 anos, a maioria casada e o nível de escolaridade foi ensino médio completo, ou seja, correspondente a 11 anos de estudo.

Quanto ao quesito renda, no presente estudo, os agentes apresentaram renda média mensal de aproximadamente 3 salários mínimos. Este dado é semelhante ao encontrado na pesquisa realizada por Ursine, Trelha e Nunes (2010), desenvolvido no município de Londrina- PR, e destinado a investigar as condições de trabalho e qualidade de vida dos ACS nas ESF, neste foi constatado que a renda familiar mensal média foi de 3,13 salários mínimos.

De acordo ainda com os dados sociodemográficos obtidos nesta pesquisa, quanto à média de tempo de trabalho na função de agente comunitário de saúde foi de 31 meses, ou seja, aproximadamente 2 anos e meio. Em outros estudos realizados com esses profissionais a média de tempo de trabalho no cargo de agente também se aproximou deste valor, como em estudo já citado anteriormente de Ferraz e Aerts (2005), a média de tempo de trabalho foi de 3 anos e meio e ainda de acordo com a pesquisa desenvolvida por Ursine, Trelha e Nunes (2010), estudo já descrito, a média de tempo de trabalho na função de ACS foi de aproximadamente 4 anos.

Os dados remete-nos a reflexão geral quanto ao perfil sociodemográfico desses profissionais. Conforme Kluthcovsky et al. (2007), muitos dos estudos realizados com ACS, demonstram a predominância do sexo feminino nesta profissão, sendo que parece haver certa resistência por parte da comunidade ao agente comunitário do sexo masculino, em especial pelo constrangimento experimentado pelas famílias em revelar certas particularidades do universo feminino a um agente homem e também pela dificuldade de acesso deste às moradias.

De acordo ainda com a autora supracitada, a faixa etária de adultos jovens também foi mais frequente em estudo sobre ACS. Isto talvez se dê ao fato de que os agentes com mais idade tendem a conhecer melhor a comunidade, possuir mais vínculos e amizades, porém podem ter algumas inimizades ou conflitos com outros moradores e, por terem seus próprios conceitos sobre o processo saúde/doença, podem ser mais resistentes a novos conceitos relacionados à promoção da saúde. Ao contrário, os agentes mais jovens não conhecem tão bem a comunidade, podendo ter envolvimento menor; entretanto, poderão não ter inimizades e estar mais abertos às mudanças e às novidades.

Além disso, o fato de serem contratados por concurso público pode favorecer a entrada de jovens mais habituados às avaliações por provas da rotina escolar e esta questão também, pode explicar a maior escolaridade dos agentes que se deve ao modo de contratação no contexto estudado, por meio de concurso público. Esse dado que demonstra que a maioria dos ACS entrevistados possuía escolaridade superior ao estabelecido pela Lei nº 11.350/2006, que regularizou a profissão de ACS, segundo Ferraz e Aerts (2005), quanto mais anos de estudos o agente comunitário possuir, mais condições ele terá de aprender e orientar as famílias.

De acordo com dados obtidos sobre o contato dos profissionais ACS com idosos, foi observado que a maioria dos agentes possui um membro idoso na família e já morou ou ainda mora com alguma pessoa idosa. Também expuseram sempre ter contato com pessoas idosas, sendo este contato caracterizado como misto, ou seja, estabelecido na rotina de trabalho, bem como no âmbito familiar. Esses dados estão em consonância com os dados apresentados no estudo desenvolvido por Ferreira e Ruiz (2012), onde 53% dos ACS entrevistados moravam ou moraram com idosos. Destaca-se que na presente pesquisa foi constatado que em todas as unidades de ESF e EACS os agentes comunitários realizavam visitas no mínimo a uma pessoa idosa de sua microárea, desta maneira o contato desses profissionais com a população da faixa etária de sessenta anos ou mais é frequente.

Ainda nessa temática foi verificado que a maioria dos profissionais acredita possuir experiência para trabalhar com idosos, disseram ter adquirido essa experiência no cotidiano de trabalho e também por capacitações oferecidas pelo SUS e mais da metade destes afirmaram já ter participado de alguma capacitação envolvendo o tema sobre pessoas idosas. Em estudo realizado sobre o tema ACS e envelhecimento, por Ferreira e Ruiz (2012), foi notificado que aproximadamente 45% dos agentes tiveram capacitação em saúde para idosos, contudo foi

observado maior índice de participações em capacitações envolvendo o tema idoso entre aqueles agentes que possuíam maior tempo de trabalho na função.

A propósito de educação gerontológica destinada aos ACS, alguns dos dados obtidos neste estudo remetem a seguinte reflexão, embora a maioria dos agentes afirmasse ter participado de educação permanente em gerontologia, metade deles alegou ter adquirido experiência de trabalho com idosos, somente através do cotidiano de trabalho. Desta forma isto se torna preocupante, na medida em que a população de idosos aumenta exponencialmente na sociedade brasileira, sendo cada vez mais comum a presença desses indivíduos nos lares deste país e os ACSs não estejam ainda preparados para atender a demanda desses que se encontram na velhice. De acordo ainda com Fernandes et al (2010), em estudo realizado em município paulista 88% dos ACS de sua amostra não havia realizado curso na área de gerontologia, apesar deles referirem bastante contato com idosos.

Outra informação obtida nesse estudo foi quanto à percepção da importância que o ACS possui para a promoção da saúde do idoso, a maioria acredita que o agente comunitário contribuiu muito para o bem-estar e a qualidade de vida dessa população. Este dado ressalta o destaque que deve ser atribuído ao ACS na relação com a pessoa idosa, pois de acordo com Costa e Ciosak (2009) é sabido que o rápido envelhecimento nos países em desenvolvimento é acompanhado por mudanças dramáticas na estrutura e no papel da família. A urbanização, a migração de jovens para cidades à procura de trabalho, famílias menores e mais mulheres tornando-se força de trabalho formal significam, menos pessoas disponíveis para cuidar dos idosos.

Com a avaliação do Programa de Educação em Gerontologia, por meio da aplicação de instrumento destinado a medir conhecimentos gerontológicos, na primeira aplicação, realizada no início do estudo (antes do desenvolvimento do programa) o nível de acertos obtido foi baixo para todas as questões, contudo destaca-se que neste momento os ACS demonstraram maior conhecimento acerca do domínio físico ao questionário, ou seja, questões de cunho biológico sobre envelhecimento.

De acordo com Ferreira e Ruiz (2012), o maior conhecimento de temas relacionados aos aspectos físicos do envelhecimento e da velhice, em detrimento de aspectos psicológicos, cognitivos e sociais, mostra que, apesar dos ACS estarem inseridos no contexto de vida dos usuários idosos nas unidades de saúde, é preponderante o conhecimento biológico sobre os idosos.

Quanto a isso, foi observado em outros estudos realizados com profissionais da área da saúde de diferentes especialidades, a predominância do modelo biomédico que perdura nos serviços de saúde deste país e isto reflete no conhecimento e atitudes dos profissionais, especificamente quando indagados por temas acerca do envelhecimento, da velhice e da população de idosos, o que é encontrado são conhecimentos biológicos, contudo, somente estes não são suficientes para suprir a demanda daqueles que se encontram na faixa etária de sessenta anos e mais e que procuram pelos serviços de saúde do SUS.

De acordo com Motta e Aguiar (2007), enfocando o estudo da doença, o modelo biomédico secundariza aspectos sociais, econômicos e subjetivos na determinação do processo de saúde-doença e se caracteriza pelo reducionismo ao tratar fenômenos complexos como princípios primários simples, e pelo dualismo mente-corpo.

Conforme Nunes et al. (2002), os agentes comunitários, por fazerem parte da equipe de saúde, são levados a se identificar com certos conteúdos e práticas referentes à biomedicina. Pelo tipo de formação recebida adquirem maior acesso ao saber biomédico, mais valorizado do que o conhecimento popular, conferindo-lhes maior prestígio social. A busca de formação técnica confirma essa visão ilusória de que com conhecimentos biomédicos estariam mais capacitados para resolver os problemas da comunidade.

Nesse sentido, a educação permanente dos agentes comunitários de saúde deve munir os de conhecimentos diversos em torno da questão do processo de saúde-doença, incorporando, além da perspectiva biomédica, outros saberes que o habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades (NUNES et al., 2002).

Essa questão foi observada nas outras aplicações do instrumento, nos diferentes momentos, em que predominou o acerto quanto ao domínio físico. Esse achado remete-nos a pensar sobre o processo de envelhecimento caracterizado como algo complexo, irreversível e individual, em que os indivíduos que se encontram na velhice apresentam declínios naturais deste processo e doenças crônicas associadas. Desta maneira, é sabido que para atender as demandas dos idosos não basta somente o olhar curativo, biomédico e sim a promoção de atenção holística que envolve diversas áreas do saber como o biológico, o psicológico, o social e o cultural.

Segundo Souza, Moraes e Barth (2006), um dado importante que se discute é que os profissionais do PSF têm encontrado dificuldade no trato do idoso pela falta de conhecimento para atendê-los nas suas complexidades e peculiaridades.

De acordo Hilderbrand e Simizu (2007) em estudo realizado com agentes comunitários a fim de investigar quais suas percepções sobre o programa saúde da família, na visão dos ACS, as ações básicas desenvolvidas pelos profissionais do PSF têm sido realizadas em momentos isolados não voltados para o idoso, e ainda segundo eles a população tem uma visão equivocada sobre o PSF, valendo a procura apenas pela consulta médica e pelo remédio.

Posteriormente ao desenvolvimento do programa de educação em gerontologia, imediatamente após o mesmo, foi reaplicado o instrumento para avaliação de conhecimentos gerontológicos, sendo nesse momento verificado o aumento no número de acertos em praticamente todas as questões que compunham o questionário. Esse dado reflete a importância do programa de educação com essa finalidade para profissionais agentes comunitários de saúde.

Segundo Ferreira e Ruiz (2012), a capacitação prévia em envelhecimento, para ACS, esteve relacionada aos melhores resultados obtido com aplicação do mesmo questionário. E ainda de acordo com Neri e Jorge (2006), em estudo realizado com alunos de educação física, pedagogia, enfermagem e medicina mostrou que a aproximação teórica dos estudantes com temas do envelhecimento também produziu maior acerto no mesmo questionário.

Conforme Bezerra et al. (2005), em estudo realizado no município de Camaragibe-PE, com o objetivo de analisar as principais concepções dos agentes comunitários referentes ao processo de envelhecimento, de acordo com o relato dos ACS, dentre as dificuldades listadas para estabelecer a prática em saúde com a pessoa idosa, se faz presente a falta de conhecimentos adquiridos para lidar com as necessidades dessa população, em que eles mencionam que gostariam de “saber tudo sobre idosos”. Ao referir que gostariam de saber “tudo” sobre o idoso e sobre o envelhecimento, elas apontam para o complexo contexto a que são expostas e exigidas no cotidiano de sua atuação com o segmento idoso.

De acordo com Ferreira e Ruiz (2012), há lacunas no conhecimento gerontológico dos agentes comunitários e a aproximação desses profissionais com capacitações foi determinante para melhores resultados no questionário do estudo realizado por eles. Para atender a essas necessidades, qualquer proposta de educação permanente voltada aos agentes

deve englobar os diferentes aspectos do envelhecimento, com ênfase nas temáticas psicossociais, que foram as maiores fragilidades encontradas.

Mediante esse cenário ao longo das últimas décadas várias políticas públicas têm sido criadas e instituídas no país para abarcar a formação dos diferentes profissionais da área da saúde a fim de suprir as demandas advindas do processo de envelhecimento. O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003) menciona em seu artigo 18 que “As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o educação gerontológica aos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda”. Já o artigo 22 demanda a inserção, nos currículos dos diversos níveis de ensino formal, conteúdos relativos ao processo de envelhecimento, à eliminação de preconceitos e à valorização social dos idosos.

Fica evidente a importância de serem realizados programas de educação permanente que abordem aspectos gerais sobre o processo de envelhecimento e a velhice para agentes comunitários de saúde.

De acordo com Marzari et al. (2011), com a ampliação da ESF no Brasil, os agentes de saúde assumiram responsabilidades como agentes transformadores, conferindo complexidade ao trabalho, por exigir uma síntese entre a dimensão social e humanitária com o saber prático da saúde. Percebe-se que o desafio de preparar profissionais adequados às necessidades do SUS implica profundas alterações na organização da formação desses profissionais. Surge uma nova prática, pedindo reflexão sobre as competências exigidas para traçar o perfil profissional.

Um fato importante que talvez envolva a dificuldade em instituir programas de educação permanente aos agentes é que não existe uma clara delimitação das atribuições e do papel a esses profissionais. Nos documentos, está definido, mas falta esclarecimento legal pelo fato de que a profissão de agente caracteriza-se como exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS (TOMAS, 2002).

Para Tomas (2002), a questão da profissionalização do ACS envolve complexidade, pois o seu trabalho é na comunidade, mais especificamente dentro dos domicílios. Por isso, o agente deve ter uma noção de causa, consequência e prevenção. As competências que o autor

aponta são: observação, ética, noção de causa e consequência, comunicação, integração, liderança, responsabilidade e autonomia.

A preocupação quanto a educação permanente em saúde destinada ao agente comunitário de saúde, é manifestada pelo próprio agente comunitário, como evidenciada no estudo realizado por Marzari, et al. (2011), em que um dos agentes entrevistados relatou que “o que nos falta é embasamento teórico para informar a população”, a necessidade de profissionalização e formação do ACS é corroborada, mais uma vez.

Diante da complexidade e da dimensão dos desafios para o processo de formação e qualificação do ACS, as várias instâncias do SUS foram levadas a cumprir o seu papel indutor de mudança, tanto no campo das práticas de saúde como no da formação profissional. A construção da política de qualificação e formação profissional de trabalhadores de nível médio do SUS foi então orientada pelos princípios e diretrizes definidos na Política Nacional de Saúde e na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos no SUS (NOB-RH/SUS), que determinam a articulação entre as mudanças das práticas de saúde, as instituições formadoras, as demandas e necessidades do SUS em âmbito municipal, estadual e federal de saúde (SILVA et. al, 2010).

Na tentativa de amenizar a problemática da falta de educação permanente na área da saúde, de acordo com Silva et al. (2010), há as Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (Etsus), instituições públicas criadas pela portaria ministerial n.º 1.298, de 28 de novembro de 2000, que formalizam a constituição de uma rede nacional de escolas especialmente para atender as demandas locais de formação técnica dos trabalhadores que já atuam nos serviços de saúde, acompanhando, assim, o processo de municipalização do SUS no Brasil, surgem como alternativa para a resolução do problema de baixa qualificação da força de trabalho empregada nos serviços de saúde.

Algo que merece atenção nesse contexto é que os cursos de formação para os agentes comunitários de saúde tende a seguir metodologias ativas, que buscam a problematização e aproximação do profissional com questões que permeiam sua realidade de trabalho. Na presente pesquisa, a metodologia utilizada para o desenvolvimento do programa de educação em gerontologia foi a tradicional, por meio de aulas expositivas e dialogadas, e conjuntamente buscou utilizar estudos de caso (de idosos) de acordo com a realidade de cada unidade de saúde.

Nesta perspectiva, tem-se a proposta metodológica que estabelece a reflexão sobre os fatos que cercam o cotidiano do profissional (problematização), busca-se a ampliação e o aprofundamento do conhecimento através de ações propositivas, crítico-reflexivas, criativas e solidárias. Neste processo de aprendizagem, a teoria e a prática supervisionadas proporcionaram a integração ensino/serviço/comunidade, vinculando a teoria e o exercício profissional e, assim, mobilizando as diferentes capacidades, motivações e formas de aprendizagem de cada profissional (BERBEL, 1995).

Em estudo realizado por Silva et al (2010), com objetivo de promover curso de formação de ACS, em municípios do estado de Tocantis, nas avaliações realizadas, ao final dos módulos, pela coordenação-geral, coordenação pedagógica, equipe técnica das secretarias municipais de Saúde e profissionais de saúde que atuavam como facilitadores, observou-se que a utilização de metodologias ativas que preveem a problematização da realidade implicou mudanças significativas no processo de trabalho do ACS. Tais mudanças foram evidenciadas nos relatos de profissionais das equipes nas quais os agentes capacitados estavam integrados, que perceberam posturas mais comprometidas com a qualidade das ações, melhor integração com a equipe e aumento da autoestima desses trabalhadores. Percebe-se, então, que o uso de metodologias ativas na formação refletiu-se no maior interesse do ACS nas suas práticas, tendo havido uma aproximação entre o conhecimento adquirido e a realidade dos agentes.

Outro fato importante, quando se discute educação permanente de profissionais da área da saúde, especialmente aqueles que compõem o SUS é a importância de haver regularidade no desenvolvimento de programas desse cunho, ou seja, a necessidade do estabelecimento real de educação permanente em saúde.

Na presente pesquisa ficou claro que a falta de continuidade no desenvolvimento do programa de educação em gerontologia, que constou com o total de cinco encontros, foi determinante para a diminuição no nível de acertos ao questionário, obtida com a reaplicação realizada em intervalo de tempo posterior ao programa. Contudo, ressalta-se que na terceira aplicação do questionário ocorrida três meses após o desenvolvimento da educação gerontológica obteve-se níveis de acerto maior se comparada à primeira aplicação do mesmo, que ocorreu antes do programa, corroborando mais uma vez a importância da educação em gerontologia aos agentes comunitários.

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) enfoca a educação no serviço como o tipo de formação “mais apropriado para produzir as

transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipe e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais”. Em conformidade com essa política, “é necessária à coordenação de ações (pensando em problemas integrais e complexos), com o compromisso de efetivar a ação dos aprendizados em contextos organizacionais e sociais” (PEDROSA et al. 2011).

De acordo com Lopes et al. (2007), a proposta da Educação Permanente em Saúde foi propagada com o objetivo de intervir na carência estrutural encontrada na formação dos profissionais de saúde. A mesma está voltada, essencialmente, para a aprendizagem em serviço, a partir dos desconfortos vivenciados no próprio cotidiano do trabalho, com o que pretende dialogar com as práticas e concepções vigentes, buscando problematizá-los.

A educação permanente em saúde é um modelo em que o profissional é colocado no núcleo do processo ensino e aprendizagem, onde são considerados todos os processos de subjetivação, valorizando-se sua capacidade criativa e o conhecimento produzido na práxis. Assim, a educação permanente apresenta-se como duplamente produtora, haja vista a produção do cuidado (no caso da saúde) assim como a produção do trabalhador, destacando que a formação se dá no próprio cotidiano do serviço (BRASIL, 2000).

Conforme o caderno de atenção básica sobre Educação Permanente – EP deve ter como objetivo central a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde. É importante reforçar que o processo educacional precisa estar centrado no trabalho, buscando a competência profissional, com repercussões favoráveis sobre a qualidade do atendimento à população. Ela ainda deve ser elaborada visando às demandas da comunidade, onde deverão assim ser selecionados os temas abordados e ser organizada a sequência curricular (BRASIL, 2000).

Considerando o cenário de promoção de educação permanente aos profissionais da área da saúde, principalmente os inseridos ao SUS por meio das ESF, nesta pesquisa preocupou-se em oferecer educação permanente exclusivamente aos agentes comunitários de saúde com temas gerontológicos, visto a importância em se trabalhar com esse enfoque e também devido à escassez de educações permanentes promovidas a estes profissionais em particular.

Segundo Diogo (2004), em Madri (Espanha) no ano de 2002, foi realizada a segunda Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, nessa ocasião foi discutido diversos temas envolvendo o processo de envelhecimento, dentre eles foi destacado recomendações quanto à

formação e a realizações de educações permanentes para profissionais da saúde acerca de temas gerontológicos. Ressalta-se: a expansão da educação profissional em gerontologia e geriatria; a inclusão de educação permanente multidisciplinar; a formação básica e especializada sobre a saúde do idoso; a promoção de programas de educação contínua em saúde, bem-estar e cuidado de pessoas idosas para profissionais da área da saúde, da assistência social e cuidadores; o estímulo para o aumento de estudantes na área e a promoção de programas de educação permanente em gerontologia e geriatria, em países em desenvolvimento.

Para Motta e Aguiar (2007), a importância em trabalhar temas gerontológicos é devido à gerontologia ser intrinsecamente interdisciplinar, pois o processo de envelhecimento permeia todos os aspectos da vida, incorpora conteúdos científicos e técnicos de vários campos, nos quais se destacam a biologia, a psicologia e as ciências sociais. A Gerontologia opera a criação de novas estruturas conceituais que, ao romperem com as estruturas disciplinares de origem, são re combinadas e sintetizadas de forma a configurar uma nova totalidade. Seu campo de saber, competências e responsabilidades confluentes às diversas profissões são caracteristicamente intersetoriais, com a participação potencial de todas as ciências que estudam e atuam no envelhecimento.

Assim, focar as competências na atuação junto ao idoso objetiva novos recortes do conhecimento e sua contextualização no processo social do envelhecimento e na prestação de serviços. Inclui a capacidade de atuação frente à imprevisibilidade e diversidade de situações, almeja o trabalho em equipe multiprofissional e a mobilização de conteúdos diversos buscando a atuação integral ao nível do profissional de saúde, das estruturas organizacionais, e dos arranjos políticos (MOTTA e AGUIAR, 2007).

6. Sugestões

Após a realização de todas as fases desse estudo, tendo em vista as impressões obtidas pela pesquisadora, é importante destacar algumas propostas relevantes que poderão ser adotadas em futuras pesquisas desenvolvidas nessa temática de educação permanente em gerontologia com ACS.

Os agentes comunitários de saúde são profissionais que possuem metas a serem burocraticamente cumpridas, além do que, desempenham visitas domiciliares frequentemente, entre outras ações. Desta maneira, há uma grande dificuldade em organizar o melhor período para desenvolvimento de educação permanente que esteja em pleno acordo com todos.

Mediante ao exposto, ressalta-se que talvez a educação permanente em gerontologia possa ser organizada em períodos em que os ACS estão retidos na unidade de saúde, nesses momentos podem ser reservados algum tempo para discussão de casos junto a todos os membros da equipe ESF, utilizando-se de casos de idosos e seus familiares e destacando as problemáticas envolvidas com os temas gerontológicos.

Os ACS são profissionais sem formação específica na área da saúde, valendo-se apenas de ensino fundamental completo, na maioria das vezes (que é um dos critérios para ser ACS, no estado de São Paulo). Esse é um fato que pode ser aproveitado, pois os agentes estão dispostos a aprender sobre o idoso, que diz respeito ao seu cotidiano de trabalho, bem como não possuem vícios, estereótipos adquiridos mediante alguma formação prévia, inadequada ou ultrapassada sobre envelhecimento e velhice, por exemplo.

De acordo com o desenvolvimento do breve Programa de Educação em Gerontologia foi percebido que os ACS têm pouca, ou nenhuma noção sobre as particularidades envolvidas ao processo de envelhecimento, bem como a velhice, desta forma muito deve ser esclarecido a esses profissionais sobre a população de idosos, para que assim possam otimizar as ações previstas pela ESF. Tendo em vista essa questão, os temas gerontológicos relevantes aos ACS seriam: envelhecimento populacional no Brasil e suas implicações; envelhecimento biológico – cerebral, cardiovascular, musculoesquelético; hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II e suas implicações; doença de Alzheimer (sintomas, fatores de risco, fases e evolução da doença); osteoporose, artrite e artrose (sintomas, evolução e tratamento); quedas na velhice-ergonomia; suporte social na velhice; violência contra a pessoa idosa (como identificar); sexualidade na velhice; entre outros.

Por fim, ressalta-se que, a partir do contato desenvolvido junto aos ACS ficou claro por meio de aplicação de questionários e relatos, que os mesmos não possuem conhecimentos plenos acerca de suas funções; nem os membros da equipe, tampouco a sociedade. Esse é um fato que reflete a dificuldade do agente em desenvolver ações específicas à população de idosos e, desempenhar o papel de facilitador entre a rede, idoso e unidade de saúde.

7. Considerações Finais

Nota-se que, a população de idosos aumenta exponencialmente e, por conseguinte há o surgimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, essas na maioria das vezes ocasionam comprometimentos à saúde do idoso, trazendo prejuízos para estes. Desta maneira, os idosos necessitam de cuidados e auxílios no dia-a-dia, e muitas vezes a família não pode atendê-los integralmente, assim cabe aos profissionais da saúde e a sociedade, auxiliar essa população.

Tendo em vista esse achado, o profissional, ACS, inserido na rede de atenção básica em saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), desempenha papel crucial junto à população de idosos. Através dos dados obtidos neste estudo ressalta-se a necessidade do provimento de educação permanente em gerontologia, que abarque questões sobre envelhecimento, a velhice na vertente biopsicossocial, para profissionais da área da saúde, principalmente os que compõem a equipe de ESF, destacando-se os agentes comunitários de saúde.

Foi possível perceber por meio deste estudo, que os ACS estavam desprovidos de conhecimentos sobre os aspectos biopsicossociais envolvidos ao processo de envelhecimento, antes do desenvolvimento do Programa de Educação em Gerontologia. Demonstraram possuir conhecimentos que em grande parte adquiriram através do cotidiano de trabalho, do convívio com grupo de idosos, que lhes são atribuídos. Entretanto, faz-se imprescindível que estes adquiram conhecimentos sólidos que lhes ajudem a compreender a realidade de cada idoso e sua família, para que, ofereçam atendimento de qualidade a esse público.

As organizações públicas devem proporcionar ambientes de trabalho propícios para o desenvolvimento de educação permanente de qualquer esfera da saúde, mas principalmente, quanto aos temas relacionados à gerontologia, motivando o profissional a estar impulsionado a aprender aquilo que o será útil no dia-a-dia do exercício junto à população de idosos.

Percebe-se que há uma lacuna grande existente entre as políticas vigentes sobre o que se exige para a formação de profissionais da área da saúde na temática da gerontologia e educação permanente e o que acontece na realidade das unidades básicas de saúde pelo país.

Portanto, diante desse prisma, destaco a importância da inserção no mercado de trabalho do profissional graduado em gerontologia (Gerontólogo), principalmente para suprir essas questões supracitadas, pois, por meio de sua formação se encontra apto para planejar e

preencher tais lacunas, que conseqüentemente geram sérios problemas ao nosso país e principalmente privam os idosos de receberem uma atenção holística e de excelência.

Por fim, levanta-se a demanda por mais pesquisas com esse enfoque, bem como o desenvolvimento de educação permanente em gerontologia aos agentes comunitários de saúde, tendo em vista, a gama de atuação desse profissional junto à população de idosos, pois por meio, da aquisição e propagação do conhecimento será possível oferecer atendimento integral e de qualidade aos senescentes, aos senis e àqueles que pretendem chegar à velhice.

8. Referências

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, 1979. 229 p.
- BARROS, D. F. **Avaliação da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil**. 2006. 140f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
- BERBEL, N. A. N. **Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior**. Rev. Semina- Ciências Sociais e Humanas, v.16, n.2, p 9-19, outubro 1995.
- BEZERRA, A. F. B. et al. **Concepções e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do idoso**. Rev. Saúde Pública, v.39, n.5, p.809-815, junho 2005.
- BRASIL. Lei nº 11.350 de 05 de Outubro de 2006. **Regulamentação atividades Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias**. Congresso Nacional, 2006. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm>. Acesso em: 23 set. 2012.
- BRASIL. Lei nº 10.741 de 1º de Outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. Congresso Nacional, 2003. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 15 de out. 2012.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Caderno de Atenção Básica: Programa Saúde da Família – Caderno 3 – Educação Permanente**. Brasília, 2000, 19 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001, 69 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional**. Brasília, 2004, 59 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006, 192 p.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília, 2004, 68 p.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006**. Brasília, 2006, 19 p.
- BRASIL. Portaria Ministerial nº 1298 de 28 de novembro de 2000. **Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de**

Saúde (RET-SUS). Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%201298-2000.pdf>>. Acesso em: 26 de agosto de 2013.

CACHIONI M. **Quem educa os idosos?** Um estudo sobre professores de Universidades da Terceira Idade. Campinas: Alínea, 2002, p 155-175.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. **Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde.** Rev. Esc. Enferm. USP, v.44, n.2, p. 437-44, 2010.

CRONBACH, L. J. **Coefficient alpha and the internal structure of tests.** Rev. Psychometrika, v.16, p 297-334, 1951.

DEBERT, GUITA GRIN. **A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade.** In. NERI, A. L., Velhice e sociedade. Campinas, Papirus, 1999.

DIOGO MJD, DUARTE YAO. **O envelhecimento e o idoso no ensino de graduação em enfermagem no Brasil: do panorama atual a uma proposta de conteúdo programático.** Esc. Enferm. USP, v. 33, n.4, p. 370-376, 1999.

DIOGO, M. J.D'E; NERI, A. L; CACHIONI, M. **Saúde e qualidade de vida na velhice.** Campinas: Alínea, 2009, p 11-37.

DIOGO, M. J. D' E. **Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso.** Rev. Latino Am. Enfermagem, v.12, n.2, p. 282-280, 2004.

FERNANDES, H. C. L. et al. **Envelhecimento e demência: o que sabem os agentes comunitários de saúde?** Rev. Esc. Enferm. USP, v. 44, n.3, p. 782-8, 2010.

FERRAZ, L.; AERTZ, D. R. G. C. **O cotidiano de trabalho do ACS no PSF em Porto Alegre.** Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v.10, n.2, p. 355-347, 2005.

FERREIRA, V. M., RUIZ, T. **Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos.** Rev. Saúde Pública, v.46, n.5, p. 849-843, 2012.

FEWERWEKER, L. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS.** Rev. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.18, p. 506-489, 2005.

GIL, R. R. C. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro.** Cad. Saúde Pública, v.22, n.6, p. 1181-1171, 2006.

HARRIS, K. D.; CHANGAS S. P.; PALMORE, B. E. **Palmore's first facts on aging quis in a multiple-choice format.** Rev. Educ Gerontol., v.22, n.6, p. 575-589, 1996.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência.** Rio de Janeiro, 2010. p. 125.
- HILDERBRAND, S. M.; SHIMIZU, H. E. **Percepções dos agentes comunitários de saúde sobre o Programa Saúde da Família.** Rev. Bras. Enf, v.61, n. 3, p. 319-24, 2007.
- KLUTHCOVSKY, A. C. G. C et al. **Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida.** Rev. Psiquiatr., v. 29, n.2, p. 183-176, 2007.
- LEBRÃO, M. L., DUARTE, Y. A. de O. **SABE- Saúde, Bem-Estar e envelhecimento - o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/sabe/Extras/Livro_SABE.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2013.
- LOPES, S. R. S et al. **Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde.** Rev. Comum. Cienc. Saúde, v.18, n.2, p. 147-55, 2007.
- MARZARI, C. K.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. **Agentes Comunitários de Saúde: perfil e formação.** Rev. Ciências e Saúde Coletiva, v. 16, n.1, p. 880-873, 2011.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo, 2004, 406 p.
- MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. **Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade.** Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v.12, n.2, p. 372-363, 2007.
- NERI, A. L.; JORGE, M. D. **Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular.** Rev. Estud. Psicol., v.23, n.2, p. 137-127, 2006.
- NUNES, M. O. et al. **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico.** Cad. Saúde Pública, v.18, n.6, p. 1646-1639, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília, DF, 2005, 62 p.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica.** Washington, DC, 1993, 78 p.
- PALMORE, E. **Facts on Aging: a short quiz.** Rev. The Gerontologist, v.17, p. 320-315, 1977.

- PEDROSA, I. L. et al. **Uso de metodologias ativas na formação técnica do agente comunitário de saúde.** Rev. Trab. Educ. Saúde, v.9, n.2, p. 332-319, 2011.
- RAMOS L. R. **Epidemiologia do envelhecimento.** In. FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.72 – 78.
- SCHMIDT, M. I et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil:** carga e desafios atuais. The Lancet, p. 108, 2011. (Coleção Saúde no Brasil).
- SILVA, C. A. et al. **Formação técnica do agente comunitário de saúde:** desafios e conquistas da escola técnica de saúde do Tocantis. Rev. Trab. Educ. Saúde, v.7, n.3, p. 621-609, 2010.
- SOUZA, L. M.; MORAES, E. P.; BARTH, Q. C. M. **Características demográficas e sociodemográficas e situação de saúde dos idosos de um Programa de Saúde da Família de Porto Alegre, Brasil.** Rev. Latino-Am. Enferm., v.14, n.6, p. 85-79, 2006.
- TOMAS, J. B. C. **O agente comunitário de saúde não deve ser um “super herói”.** Rev. Interface, v.6, n.10, p. 94-75, 2002.
- URSINE, B. L.; TRELLA, C. S.; NUNES, E. F. P. A. **O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família:** uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. Rev. Bras. Saúde Ocupacional, v.35, n.122, p 339-327, 2010.
- VECCHIA, DALLA MARCELO. **A saúde mental no Programa da Saúde da Família:** estudo sobre práticas e significações de uma equipe. 2006. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, SP, 2006.
- WILLIG, M. H., LENARDT, M. H., MÉIER, M. J. **A trajetória das políticas públicas do idoso no Brasil:** breve análise. Rev. Cogitare Enferm., v.17, n.3, p. 577-574, 2012.

9. Anexos

Anexo 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Estadual Paulista – UNESP



Campus de Botucatu

Faculdade de Medicina

Rubião Júnior - Botucatu - SP - CEP: 18618-970 - TELEFONES: (14) 3811-6022/ 3811-6552- FAX: (14) 3882-5455 - CAIXA POSTAL: 540

Comitê de ética de pesquisa

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____ estou sendo convidado (a) a participar de um estudo denominado “Treinamento de Agentes Comunitários de Saúde do município de Lençóis Paulista em temas sobre envelhecimento”, realizado sob a responsabilidade da Gerontóloga Nádia Placideli, com a supervisão da Profª Drª Tânia Ruiz. O objetivo do estudo é: capacitar os agentes comunitários de saúde do município de Lençóis Paulista, por meio do desenvolvimento do Programa de Educação em Gerontologia, e avaliá-los antes, imediatamente após a capacitação, e ainda após corrido três meses e um ano das atividades.

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder os questionários (com o tempo de duração total, aproximadamente de 30 minutos) propostos pela pesquisadora e participar do programa proposto. Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente estarei contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, minha identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. A participação nesse estudo é voluntária, não me causará dano algum e se eu

decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tenho absoluta liberdade de fazê-lo.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNESP, através do fone: (14) 3811-6143.

Ressalta-se que o presente documento será elaborado em duas vias, sendo uma entregue ao sujeito da pesquisa e a outra será mantida em arquivo pelo pesquisador.

Assinatura do Participante da pesquisa

Nádia Placideli

Lençóis Paulista, _____ de _____ de 2012

Nádia Placideli

Tania Ruiz CRM/SP 24972

Rua Santa Catarina, 126

Rua: Reverendo Francisco Lotufo

Fone: 014 32635244

Fone: 014 38823309

E-mail: nadiaplacideli@hotmail.com

E-mail: truiz@fmb.unesp.br

CEP: 18680-500, Lençóis Paulista – SP

CEP 18606-810, Botucatu-SP

Anexo 2



PREFEITURA MUNICIPAL DE LENÇÓIS PAULISTA
DIRETORIA DE SAÚDE
RUA CEL. VIRGÍLIO ROCHA, 238 - CENTRO - FONE (14) 32630020
e-mail: saudediretor@lencoispaulista.sp.gov.br



Declaração

DECLARO que tenho CIÊNCIA E AUTORIZO, o desenvolvimento da Pesquisa "Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde do município de Lençóis Paulista em temas sobre Envelhecimento", a ser conduzida pela Sr(a) Nádia Placideli, orientado (a) pela Profª. Drª. Tania Ruiz, junto a esta Entidade, após aprovação do CEP.

Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir os Requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste Projeto, autorizo sua execução.

Por ser verdade, firmo a presente.

Lençóis Paulista, 7 de fevereiro de 2012.

Márcio Caneppele Santarém

Diretor de Saúde do município de Lençóis Paulista

Anexo 3



**Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu**

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Botucatu, 02 de abril de 2012

Of. 115/2012

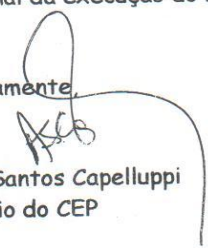
Ilustríssima Senhora
Prof.ª. Dr.ª. Tânia Ruiz
Departamento de Saúde Pública da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr.ª Tânia,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 4149-2012) "Capacitação de agentes comunitários de saúde do município de Lençóis Paulista em temas sobre envelhecimento", a ser conduzido por Nádia Placideli, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 02/04/2012.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Os pesquisadores deverão apresentar ao CEP ao final da execução do Projeto o "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,


Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

Anexo 4

Questionário para avaliação de conhecimentos em relação à velhice

Fonte: CACHIONI M. Quem educa os idosos? **Um estudo sobre professores de Universidades da Terceira Idade**. Campinas: Átomo e Alínea, 2002.

Assinale uma alternativa em cada questão:

1. A proporção de pessoas de mais de 65 anos que apresentam problemas cognitivos severos é:
 - a) uma em 100
 - b) uma em 10 *
 - c) uma em duas
 - d) a maioria
2. Os sentidos que tendem ao enfraquecimento na velhice são:
 - a) a visão e a audição
 - b) o paladar e o olfato
 - c) a visão, a audição e o tato
 - d) todos os sentidos *
3. A maioria dos casais acima de 65 anos:
 - a) perdem o interesse por sexo *
 - b) não são capazes de ter relações sexuais
 - c) continuam a praticar sexo regularmente
 - d) tem alta frequência de atividade sexual
4. A capacidade pulmonar nos idosos saudáveis:
 - a) tende a declinar-se *
 - b) tende a manter-se
 - c) tende a melhorar
 - d) não tem relação com idade
5. A satisfação com a vida entre idosos:
 - a) não existe
 - b) é maior do que entre os jovens *
 - c) é menor do que entre os jovens
 - d) não tem relação com idade
6. A força física em idosos saudáveis:
 - a) tende a declinar com a idade *
 - b) tende a manter-se com a idade
 - c) tende a aumentar com a idade
 - d) não tem relação com idade
7. A cifra que mais se aproxima da realidade, com relação à porcentagem de brasileiros de mais de 65 anos que residem em asilos e casas de repouso, é de:
 - a) 1 para 100 *
 - b) 10 para 100
 - c) 25 para 100
 - d) 50 para 100

8. O número de acidentes em motoristas com mais de 65 anos, em comparação com os 30 a 40 anos apresentam:
- a) maior
 - b) o mesmo
 - c) menor*
 - d) desconhecido
9. Em comparação com os trabalhadores de 25 a 35 anos, os de 50 a 60 anos apresentam:
- a) maior eficiência
 - b) a mesma eficiência
 - c) menor eficiência
 - d) depende do tipo de trabalho *
10. A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que se mantêm ativas é:
- a) pequena
 - b) média
 - c) grande *
 - d) não tem relação com a idade
11. A flexibilidade para adaptar-se a mudanças entre pessoas de 60 a 70 anos é:
- a) pequena *
 - b) média
 - c) grande
 - d) não tem relação com a idade
12. Em comparação com os jovens a capacidade de aprender de pessoas de 60 a 70 anos é:
- a) menor *
 - b) igual
 - c) maior
 - d) não depende da idade
13. Em comparação com os jovens, os velhos têm a seguinte propensão à depressão:
- a) maior *
 - b) menor
 - c) igual
 - d) não depende de idade
14. Em comparação com os jovens a velocidade de reação das pessoas de 60 a 70 anos é:
- a) menor *
 - b) igual
 - c) maior
 - d) não depende da idade
15. Em comparação com os jovens, os velhos:
- a) valorizam mais as amizades chegadas/próximas *
 - b) buscam mais fazer novos amigos
 - c) têm pouco interesse em amizades
 - d) não depende de idade
16. Em comparação com os jovens, os velhos são:

- a) mais emotivos
 - b) menos emotivos
 - c) igualmente emotivos
 - d) não depende de idade *
17. A proporção de pessoas de 60 a 70 anos que vivem sozinhas é:
- a) pequena *
 - b) média
 - c) grande
 - d) não tem relação com a idade
18. A taxa de acidentes de trabalho entre adultos mais velhos tende a ser:
- a) maior
 - b) igual
 - c) menor
 - d) depende do tipo de tarefa *
19. A porcentagem de brasileiros acima de 60 anos é de cerca de:
- a) 8,2 %
 - b) 4,5%
 - c) 13% *
 - d) 23%
20. No sistema público de saúde o tratamento dos idosos em comparação com os jovens tem prioridade:
- a) menor *
 - b) igual
 - c) maior
 - d) não tem relação com a idade
21. A maioria dos idosos brasileiros tem rendimento mensal de:
- a) até 1 salário mínimo *
 - b) 1 a 3 salários mínimos
 - c) 3 a 5 salários mínimos
 - d) 5 a 10 salários mínimos
22. A maioria dos idosos é:
- a) economicamente ativa
 - b) socialmente produtiva, mas economicamente inativa *
 - c) improdutiva
 - d) aposentada
23. A religiosidade tende a:
- a) crescer com a idade *
 - b) diminuir com a idade
 - c) manter-se com a idade
 - d) não ter relação com a idade
24. Com a idade a maioria dos idosos:
- a) Torna-se mais emotiva
 - b) Torna-se menos emotiva
 - c) torna-se emocionalmente mais seletiva *
 - d) não muda
25. Em comparação com as velhas gerações, as próximas gerações de idosos serão:

a) mais educadas *

b) menos educadas

c) tão educadas quanto

d) não é possível prever

Alternativas Corretas: *

Anexo 5

Questionários Sociodemográfico

Número de identificação _____

Nome da Unidade em que trabalha: _____

Idade: _____ anos

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado Civil:

() Casado () Solteiro () Viúvo () Divorciado (desquitado, separado)

Renda familiar: _____ reais

Nível de escolaridade:

Anos de trabalho como Agente Comunitário de Saúde: _____ anos

Você já participou de alguma capacitação envolvendo o tema envelhecimento e velhice?

() Sim () Não

Se sim, você se recorda de algo que aprendeu sobre essa população? (descreva-a brevemente).

Anexo 6

Avaliação do Contato dos ACS com Idosos

1. Você possui familiares idosos?
 Sim Não
2. Você mora ou já morou com idosos?
 Sim Não
3. Com que frequência você tem contato com idosos?
 Sempre As vezes Raramente Nunca
4. Esse contato você caracteriza-o como sendo:
 Formal- estritamente relacionado ao trabalho
 Informal- relacionada com parentes
 Mista- estabelecida pelo trabalho e cultivada fora da atuação de ACS.
5. Você tem alguma experiência de trabalho com grupo de idosos?
 Sim Não
6. Se sim, como essa experiência foi adquirida?
 Por meio de capacitação oferecidas pelo SUS aos ACS;
 Através de cursos, congressos, palestras procuradas por interesse próprio;
 Apenas adquirida através do cotidiano de trabalho como ACS.
7. Qual a sua opinião sobre os idosos que você tem contato através do trabalho, quanto aspectos biológicos, psicológicos e sociais?
8. Quanto você acha que o ACS contribui para que os idosos possam ter um bem-estar e uma qualidade de vida cada vez melhor?
 Muito Um pouco Nada
9. Por quê? (Descreva o motivo da resposta assinalada na questão 8 brevemente).
10. O que você espera de um programa de educação gerontológica?

Anexo 7

Programa de Educação Gerontológica

Descrição do Programa de Educação Gerontológica

1º Encontro

Tema Central: Envelhecimento humano: possibilidades e desafios

Principais tópicos a serem discutidos: velhice; caracterização demográfica e epidemiológica da população brasileira; envelhecimento ativo; qualidade de vida; definição dos termos senilidade e senescência; feminização e heterogeneidade da velhice.

Atividades Complementares: apresentação do vídeo “envelhecer em 1 minuto” e aplicação do instrumento de coleta de dados (anexo 4).

2º Encontro

Tema Central: Envelhecimento - Aspectos Biológicos

Principais tópicos a serem discutidos: explicações acerca das transformações e declínios nos sistemas biológicos, como no sistema cardiovascular, no sistema respiratório, no sistema musculoesquelético e quais são as implicações dessas questões.

Atividades Complementares: discussão de estudo de caso.

3º Encontro

Tema Central: A Doença de Alzheimer (DA)

Principais tópicos a serem discutidos: aspectos históricos da DA; envelhecimento cerebral normal e a DA; conceito da DA; fatores de risco; principais sintomas; diagnóstico e exames; estágios da doença; tratamentos; prevenção; interdição jurídica do idoso.

Atividades Complementares: discussão de estudo de caso, apresentação do vídeo “The Alzheimer’s Project” (Avanços da Ciência)- HBO.

4º Encontro

Tema Central: As Relações Familiares e Sociais dos idosos x Violência contra idosos.

Principais Tópicos a serem discutidos: suporte e apoio social para os idosos; a família e o idoso; características específicas dos idosos quanto o estabelecimento da rede social na velhice; a violência contra idosos; notificação de violência contra o idoso.

Atividades Complementares: discussão estudo de caso.

5º Encontro

Tema Central: Finitude: aspectos éticos e reflexivos

Principais tópicos a serem discutidos: abordagem dos dilemas éticos quanto ao processo de morrer: eutanásia, distanásia e ortotanásia; reflexão da velhice (como última fase da vida) e a morte: paradigmas e medos.

Atividades Complementares: discussão estudo de caso, aplicação do instrumento de coleta dos dados (anexo 4)

Anexo 8

Discursos dos ACS mediante as respostas das questões abertas.

Participou de capacitação envolvendo o tema envelhecimento e velhice? Se sim, você se recorda de algo que aprendeu sobre essa população? (descreva-a brevemente)

Categorias e Subcategorias	ACS e Respostas
1. Violência Contra o Idoso e Maus Tratos e a Doença de Alzheimer (DA) e o Estatuto do Idoso	ACS 2. Violência física e psicológica ACS 5. Tivemos uma palestra em 2011 onde aprendi a perceber sinais de violência praticada contra os idosos, mesmo aquelas em que a violência é mais psicológica, ou seja, é mais verbal. ACS 65. Sobre os cuidados com os idosos, alimentação violência e as doenças que são acometidos. ACS 66. Alguns temas sobre violência, alimentação, doenças e etc. ACS 70. Tivemos uma noção sobre Alzheimer e violência ACS 75: Ter atenção sobre vários aspectos de cuidado, principalmente das violências físicas, medicamentosas e financeiras. ACS 62: Estatuto do idoso, maus tratos, Alzheimer. ACS 63: Maus tratos, Alzheimer, estatuto do idoso. ACS 69: Maus tratos, Alzheimer, estatuto do idoso. ACS 1. Quando participei de um estágio na cidade de Pirajuí, nesse local havia uma senhora que se dizia dona de uma fazenda, o que era na verdade um espaço do local que na imaginação dela era a sua fazenda ninguém podia entrar sem pedir licença, do contrário ela saía correndo com um pedaço de madeira para bater...
2. Cuidados com a saúde, medicamentos para idosos e as Relações Familiares	ACS 21. Eles gostam de muita atenção, cuidados especiais, acompanhamento com a saúde, alimentação dos idosos, etc. São pessoas que temos que ter muito cuidado especiais, pois eles são o nosso espelho para o amanhã. Eles gostam de muita atenção, cuidados especiais, acompanhamento com a saúde, alimentação dos idosos, etc. São pessoas que temos que ter muito cuidado especiais, pois eles são o nosso espelho para o amanhã. ACS 24. Me recordo dos cuidados com a alimentação, moradia e o seu bem-estar em geral. ACS 30. O que nos foi passado foi sobre alimentação, estatísticas, fragilidade emocional, etc. ACS 35: A importância de uma boa alimentação

	<p>ACS 37. Alimentação, medicação.</p> <p>ACS 38: Alimentação para o idoso.</p> <p>ACS 41: Alimentação do idoso.</p> <p>ACS 43: Alimentação cuidados com a saúde.</p> <p>ACS 48: Aprendi sobre alimentação de idosos com HA e DIA.</p> <p>ACS 61. Cuidados com a saúde, hipertensão e diabetes e outras complicações. A responsabilidade esta nas mãos dos familiares e não do governo. Os idosos estão mais ativos e não estamos preparados para lidar com isso.</p> <p>ACS 64. Cuidados com os diabéticos e hipertensos falando da alimentação e exercícios físicos.</p> <p>ACS 74: Me recordo, sobre os cuidados sobre HA e DIA e a responsabilidade da família com o idoso.</p> <p>ACS 82: Sobre cuidados com alimentação, medicação, quedas, e relações familiares.</p>
3. Cuidados com a moradia e bem-estar, prevenção de quedas	<p>ACS 81: Sobre verificação da família com quem mora, se há maus tratos, alimentação saudável, cuidados com quedas e uso de medicação.</p> <p>ACS 82: Sobre cuidados com alimentação, medicação, quedas, e relações familiares.</p> <p>ACS 84: Pessoas que necessitam de mais atenção, tem os movimentos limitados, e correm o risco de quedas.</p>
4. Envelhecimento populacional e biológico	<p>ACS 25: Conforme os anos vão passando, não são só os números que aumentam, nem só a pele que vai envelhecendo, tudo muda, o organismo fica mais lento, o metabolismo também, etc.</p> <p>ACS 29: Aprendi que a população idosa vem aumentando ao longo dos anos e por este motivo merece atenção específica.</p> <p>ACS 73: As pessoas estão sobrevivendo mais, e não estamos preparados para essa nova realidade.</p> <p>ACS 78: Aprendi sobre algumas transformações, que ocorre no organismo das pessoas com o tempo, sobre a mudança nos músculos e também psicológicas.</p>
5. Fragilidade emocional e carência	<p>ACS 33: Que é uma população extremamente carente de afeto, informação e cuidados.</p> <p>ACS 34: Aprendi que eles mais necessitam é carinho, amor e respeito.</p> <p>ACS 54: Os idosos são carentes e gentis, aprendi a ser mais carinhoso e entender suas limitações.</p> <p>ACS 55: Que nossos idosos devem ser tratados com muito amor e carinho, e também para termos paciência com suas limitações.</p>

	<p>ACS 57: Aprendi que os idosos são mais carentes e exigem mais atenção</p> <p>ACS 60: Me recordo, que temos que prestar muita atenção nos idosos.</p>
6. Manobras primeiros socorros e doenças predominantes na velhice	<p>ACS 31. Sobre alimentação e estatísticas, manobras de primeiros socorros, hipertensão.</p> <p>ACS 79: Tive uma palestra na câmara municipal onde tivemos informações sobre comportamento cuidados e socorro de idosos, além de doenças que atingem mais nessa faixa.</p> <p>ACS 58: Doenças que acometem pessoas com mais idade, cuidados que devemos ter com as mesmas.</p> <p>ACS 72: Cuidados especiais com essa população, e com as doenças que ocorrem nessa idade.</p> <p>ACS 76: Sobre doenças que atinge os idosos, e forma de tratar os idosos.</p> <p>ACS 77: Doenças que atingem os idosos, como melhorar a vida dos idosos.</p>
7. Exercícios físicos e idosos ativos	<p>ACS 27: Eu realizei um trabalho relacionado com a minha faculdade de educação física escolar, foi um trabalho realizado no asilo de Agudos sobre o que eles fazem, se eles realizam alguma atividade física e o resultado foi que sim, trabalham muito seu corpo e também a sua memória, as senhoras fazem crochê.</p> <p>ACS 42: Alimentação e exercícios físicos</p>

Questionário Contato com Idosos

Qual a sua opinião sobre os idosos que você tem contato do trabalho, quanto aos aspectos biológicos, psicológicos e sociais?

Categorias e Subcategorias	ACS e Respostas
1. Opiniões quanto aos aspectos biopsicossociais.	<p>ACS 1: Quanto aos aspectos biológicos são idosos que procuram se cuidar fazendo exercícios físicos, quanto a psicológicos um pouco sobrecarregados com responsabilidades que os familiares lhes dão, quanto ao social um pouco marginalizados.</p> <p>ACS 4: Quanto aos aspectos biológicos estão assistidos, psicológicos e sociais estão vulneráveis.</p> <p>ACS 26: Biologicamente uns saudáveis outros doentes, psicologicamente uns bem outros não,</p>

	<p>socialmente estão um pouco isolados.</p> <p>ACS 28: Biologicamente grande parte deles está bem, psicologicamente também grande parte são bem carentes e socialmente também já que os cuidados são estritamente físicos.</p> <p>ACS 57: Eu acho que os idosos que moram sozinhos, muitas das vezes aguardam a nossa companhia uma vez por mês, mesmo que por pouco tempo. A muita carência nessa fase, mais mesmo assim acredito que todos estão bem e que exercem os 3 aspectos perfeitamente.</p>
2. Opiniões sobre apenas dois aspectos dentre o biológico, psicológico e social.	ACS 33: Psicologicamente extremamente carentes e socialmente a grande maioria por conta do baixo grau de escolaridade totalmente “alienados”.
<p>3. Opiniões gerais sobre os idosos</p> <p>3.1 Aspectos negativos sobre os idosos.</p>	<p>ACS 2: Falta mais atenção tanto biológico, psicológico e sociais para o idoso.</p> <p>ACS 3: Eles estão vulneráveis.</p> <p>ACS 5: Seria mais carência mesmo por parte do aspecto afetivo.</p> <p>ACS 6: Estão frágeis, renda familiar muito ruim, tem alguns que não andam e ficam completamente dependente da esposa.</p> <p>ACS 12: No meu ponto de vista tudo tem que ser melhorado.</p> <p>ACS 13: Alguns idosos são prejudicados, sofrem agressões não físicas, mas psicológicas, não tem realmente quem cuide da forma que eles precisam.</p> <p>ACS 16: Não no geral, mas na sua maioria, nesses aspectos estão defasados</p> <p>ACS 30: São pessoas solitárias, carentes, aparentemente boas de saúde, somente com a pressão alta controlada e a diabetes</p> <p>ACS 35: Os idosos passam grandes dificuldades com doenças e financeiramente.</p> <p>ACS 41: Eles tem sofrido em relação a falta de entendimento , como recursos financeiros, materiais e etc.</p> <p>ACS 52: Necessitam de um acompanhamento mais aprofundado.</p> <p>ACS 53: Precisam sempre de ajuda.</p> <p>ACS 55: Acho que nossos idosos são carentes de atenção e convívio social, também muito depressivos.</p> <p>ACS 56: Acho que a maioria dos idosos resistem</p>

	<p>juntamente com seus familiares a adotarem novos métodos, por falta de conhecimentos.</p> <p>ACS 58: Percebo que a maioria se sente deixado de lado pela sociedade, muitos são carentes de atenção principalmente de pessoas mais novas.</p> <p>ACS 59: São pessoas muito carente que necessita de atenção, pois os filhos não dão atenção na vida dia-a-dia e com isso tira muita dúvida com a gente.</p> <p>ACS 60: A maioria não tem condições financeiras e nem é muito assistida.</p> <p>ACS 62: A maioria nem sempre toma a medicação correta, sofre maus tratos em relação a família. idosos carentes, que ficam o dia só, não tomam os remédios no horário.</p> <p>ACS 70: Vejo a necessidade do apoio da família, a família do idoso precisa se preparar melhor. Precisamos pensar em uma estratégia para que nossos idosos saiam de casa para participar dos projetos que a cidade oferece. Atrai-los.</p> <p>ACS 71: A maioria não são assistidos e não tem acompanhamento correto.</p> <p>ACS 72: É uma população extremamente carente em tudo.</p> <p>ACS 73: Alguns idosos não têm condição de morar sozinho, mas não aceitam morar com os filhos, outros são os filhos que não querem morar com os pais. As famílias não estão se preparando para cuidar de seus idosos, cada vez mais a qualidade de vida está melhorando e com isso as pessoas estão vivendo mais.</p> <p>ACS 74: Na grande maioria das vezes não são bem assistidos.</p>
<p>3.2 Aspectos positivos sobre os idosos.</p>	<p>ACS 9: Os idosos que conheço são bem ativos, tanto no convívio familiar e no social</p> <p>ACS 15: Na forma geral estão à maioria bem orientados e bem cuidados.</p> <p>ACS 19: Os que tenho contato são bem cuidados.</p> <p>ACS 36: Eu acho que os idosos estão bem.</p> <p>ACS 37: Estão sendo bem cuidados.</p> <p>ACS 38: No geral não estão bem.</p> <p>ACS 39: Os idosos que eu convivo acho que estão bem assistido pela saúde do posto de saúde de Lençóis. Os idosos estão vivendo mais assim estão praticando atividades físicas, caminhadas e são mais independentes.</p>

	<p>ACS 46: Razoavelmente bem. ACS 47: Razoavelmente bem. ACS 49: os idosos que eu tenho contato nesses aspectos até que tem um nível bom, com infra estrutura e um social de nível médio-alto. ACS 50: Razoável. ACS 51: Razoavelmente bem. ACS 54: Acredito que os idosos que eu visito estão fortes nos três sentidos. ACS 61: Na maioria estão bem assistidos, independentes bem de saúde bem cuidados por parentes. ACS 63: Na sua maioria estes idosos são bem cuidados, muitas vezes por si só, não pela família. ACS 64: Na maioria não são assistidos corretamente. ACS 65: Meus idosos não tem nenhum problema.</p>
<p>3.3 Idosos apresentam aspectos positivos e negativos.</p>	<p>ACS 8: Os idosos são um grupo de pessoas que merecem uma tenção redobrada e eles possuem e transmitem boas experiências. ACS 10: De mais atenção, estão bem ACS 14: Alguns péssimos outros melhores. ACS 17: No geral bem, com algumas exceções. ACS 20: Os idosos que eu tenho contato através do trabalho tem os que são saudáveis, cuidados, tem alguns acamados, mas que também são bem tratados, tem também alguns que faz muito tempo que estão acamados e só um filho que cuida e essa pessoa reclama bastante porque tem mais filhos mais ninguém quer cuidar, mas no geral não vejo idosos que seja maltratados. ACS 23: De um modo geral são muito carente, na minha microárea são bem assistidos, tomam medicamentos certinho eu não tenho nenhum problema quanto ao tratamento que eles recebem, mas gostam da visita minha e gostam da enfermeira por causa de ver a pressão e o controle da diabetes. ACS 24: Nem sempre estão bem nestes aspectos, alguns sim e outros não. ACS 25: Existem todos os lados, os que são bem cuidados, os que ninguém liga, os que se alimentam bem, etc. ACS 29: São pessoas fisicamente bem, ativas e dispostas. No entanto no aspecto psicológico percebo uma carência afetiva e muitos deles procuram em nós suprir essa carência.</p>

	<p>ACS 76: Percebo que muitos são fortes e outros mais fracos, muda de um para o outro. Eles tem muita coragem, ACS ajuda muito pois levamos grande informações e muitos idosos são carentes.</p> <p>ACS 80: Uns mais ativos outros nem tanto. Os que tem problemas familiares são mais depressivos e doentes.</p> <p>ACS 81: Na maioria dos casos estão bem, exceto uns dois casos que sentem muita dor e moram sozinhos.</p> <p>ACS 82: Considero que eles estão bem (um ou outro que estão mais debilitados).</p> <p>ACS 84: De modo geral estão dentro da normalidade com família e cuidados básicos de saúde, tenho apenas um caso específico de problemas mentais.</p>
4. Opiniões apenas sobre aspectos de saúde.	<p>ACS 7: Os meus idosos sofrem bastante com os ossos e são sozinhos.</p> <p>ACS 11: Os idosos são frágeis quanto a saúde.</p> <p>ACS 18: A maioria são bem cuidados e levam uma vida saudável.</p> <p>ACS 22: Muito saudável eu aprendo muito com eles.</p> <p>ACS 27: Eles estão bem, alguns gostam de praticar atividades físicas, como caminhada, gostam de cuidar da saúde.</p> <p>ACS 31: Eu trabalho com dois tipos de situação, o idoso que tem uma saúde boa, com sua memória ativa e uma situação social boa para viver. Por outro lado trabalho com idoso com saúde debilitada, e sem condição alguma para sobreviver.</p> <p>ACS 44: Que eles estão muito fragilizados, suas condições não são tão boas assim.</p> <p>ACS 75: os idosos que eu visito como ACS, em grande parte estão bem ativos, e alguns sofrem de doenças mentais.</p> <p>ACS 77: Alguns têm uma vida muito ativa e saudável, já outros são muito debilitados.</p>

Você acredita que o ACS contribui para a promoção da saúde do idoso? Por quê?

Categorias e Subcategorias	ACS e Respostas
1. ACS contribui um pouco para a promoção da qualidade de vida de idosos 1.1 Não depende apenas do profissional ACS	<p>ACS 1: Porque não depende só da gente, mas de toda a equipe.</p> <p>ACS 13: Pois não só depende de mim como ACS, faço a minha parte, mas preciso que</p>

	<p>os outros façam a deles.</p> <p>ACS 17: Porque só os agentes não conseguem resolver nada sozinhos.</p>
1.2 Contribuem para a promoção da saúde e orientação	<p>ACS 5: Posso levar um pouco de companheirismo, solidariedade na medida do possível.</p> <p>ACS 6: Contribuir na promoção da saúde.</p> <p>ACS 25: Para conversar, distrair, visitá-los acho que traz um bem-estar.</p> <p>ACS 30: Muitas vezes nós somos as únicas pessoas que eles têm para conversar desabafar e chorar.</p> <p>ACS 31: Porque muitas vezes o idoso só tem o agente comunitário para ajudá-lo, seja em uma conversa, marcar uma consulta e as vezes não depende só de nós, depende dos outros para conseguirmos resolver os problemas.</p> <p>ACS 38: Com orientação, e atenção nas visitas domiciliar.</p> <p>ACS 51: Na orientação que passamos a eles.</p> <p>ACS 57: Acho que o ACS contribui na parte educativa, orientando os idosos em relação às doenças.</p> <p>ACS 73: Oferecendo informações sobre como se cuidar mais e melhor.</p>
1.3 Falta de colaboração para os ACS por parte da família, profissionais e responsáveis	<p>ACS 14: Porque nos poderíamos fazer mais se tivéssemos um respaldo dos responsáveis.</p> <p>ACS 15: Porque não tem como ter a ajuda em todas as partes necessárias.</p> <p>ACS 16: Pelo motivo de muitas as vezes não temos o respaldo para fazer.</p> <p>ACS 20: Na minha opinião, força de vontade de fazer, de realizar tarefas com os idosos, mas falta muito apoio.</p> <p>ACS 24: Porque só a nossa contribuição não é suficiente tem que ter a participação da família.</p> <p>ACS 26: Porque a família também deve ter sua contribuição.</p> <p>ACS 28: A família ainda é e sempre será quem tem o maior poder de ajuda, contribuiu com muito pouco.</p>

<p>1.4 Falta interesse por parte dos idosos e pouco contato do ACS</p>	<p>ACS 65: Por falta de interesse dos idosos, falta de opção de entretenimento. ACS 66: Porque falta interesse dos idosos e ter mais informação para poder informar. ACS 67: Porque o contato é pouco sendo às vezes um por mês. ACS 80: Devido ao pouco tempo que temos, nossa contribuição é pouca, mas útil. ACS 84: Porque são visitas breves, apoiando apenas cuidados básicos.</p>
<p>2. ACS contribui muito para a promoção da qualidade de vida de idosos 2.1 Orientações e prevenção de doenças</p>	<p>ACS 2: Porque várias vezes damos orientação para o seu bem-estar ACS 4: Por estar sempre observando e orientando quanto a prevenção de doenças. ACS 7: Idosos que não leem nada, nós avisamos dias de consulta. ACS 8: Porque podemos levar a eles informações valiosas para uma vida melhor, tanto a eles quanto aos familiares. ACS 9: O contato dia-a-dia, através de contato, passar informação. ACS 18: Porque acompanha os idosos, orienta, pergunta sobre HA e DIA s e vai ao médico. ACS 19: Pela companhia e confiança que eles têm, ajudamos com os remédios principalmente com os analfabetos. ACS 23: Quando passamos levamos informações quanto a vacina colaboramos para uma desatenção, na minha área não tenho mais idoso que o filho rouba, mas já tive é muito importante porque tenho morador que fica esperando pelo dia de minha visita, eu gosto muito ACS 27: Pois a gente vê como eles estão isto é a gente que acompanha o seu desenvolvimento motor e sua saúde. ACS 32: Por vários motivos, pois temos uma relação de carinho e amizade com eles. ACS 33: Pelo fato de termos acesso as informações sobre a saúde do morador bem de perto o que possibilita orientações, intervenções que possibilitam uma maior qualidade de vida. ACS 34: Através das visitas, posso orientar</p>

	<p>quanto a sua saúde, como pode evitar queda em sua residência, posso inserir em cursos ou no clube da terceira idade.</p> <p>ACS 35: Muitas vezes é o ACS que os incentiva a procurar ajuda e tratamento.</p> <p>ACS 37: Porque eu incentivo o idoso e oriento a estar procurando ajuda.</p> <p>ACS 41: À busca de recursos, mostrar-lhe o direito que eles têm, como por exemplo, aposentadorias as donas de casa.</p> <p>ACS 45: Por estar sempre acompanhando, orientando e tentando ajuda-los mais.</p> <p>ACS 46: A tomar os remédios, buscar os remédios para eles na alimentação para que é diabético e hipertensão.</p> <p>ACS 47: Levando informações e melhor educá-los.</p> <p>ACS 48: Melhorar a qualidade de vida dos idosos.</p> <p>ACS 49: Levamos até eles não só o conhecimento, mas também como a visita mensal estamos sempre em contatos, ajudando com remédio, e o até o pessoal.</p> <p>ACS 50: Prevenção</p> <p>ACS 52: Pelos acompanhamentos que temos no dia-a-dia nas casas dos idosos.</p> <p>ACS 53: Porque poderemos passar para a família a forma correta de lidar com eles.</p> <p>ACS 55: Porque levamos orientação e informação ao idoso, além de orientá-lo e agradá-los.</p> <p>ACS 56: Pelas informações que para nós já foram passadas e assim sendo já possuímos algum conhecimentos a familiares.</p> <p>ACS 58: Pois levamos informações sobre saúde para eles, orientamos sobre suas dúvidas e também fazemos companhia, pois percebo que os mais sozinhos gostam muito quando vamos fazer visita.</p> <p>ACS 59: Porque sempre estamos pronto a instruí-los em vários casos.</p> <p>ACS 60: Porque orientamos sobre alimentação, medicação, etc.</p> <p>ACS 61: Sempre passando orientações sobre a saúde, dando atenção.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>ACS 63: Porque estamos dia-a-dia com eles e orientamos em relação à saúde e tudo o que for preciso.</p> <p>ACS 68: Porque a gente orienta na alimentação, remédios e exercícios físicos.</p> <p>ACS 69: Porque orientamos eles a fazer uma caminhada, ter uma boa alimentação, tomar bastante água e eles gostam de conversar.</p> <p>ACS 71: Porque orientamos eles com a alimentação, caminhadas, tomar bastante água, tomar os remédios.</p> <p>ACS 72: Porque tento passar a importância do uso de uma medicação por exemplo.</p> <p>ACS 74: Ajudamos com muita orientação, atenção e carinho.</p> <p>ACS 75: Porque podemos identificar principalmente os tratos.</p> <p>ACS 76: São fundamentais nossas visitas são de extrema importância.</p> <p>ACS 77: São muito importantes, são o elo da população com a ESF, levamos muita informação para os idosos.</p> <p>ACS 78: Bastante, pois além de ajudar a entender um pouco sobre as mudanças que ocorre no organismo do idoso, existe a grande importância de conversar e ouvir.</p> <p>ACS 79: Porque nós estamos sempre na casa deles orientando, conversando e recebendo o carinho deles.</p> <p>ACS 81: Porque passamos orientação trazemos as situações até a unidade de saúde.</p> <p>ACS 82: Pois orientamos sobre medicação e alimentação. Observamos se estão sendo bem tratados e levamos informações para a ESF, para que o médico tenha conhecimentos sobre a saúde de cada idoso.</p>
<p>2.2 Oferecimento de atenção e companhia</p>	<p>ACS 3: Porque aos poucos vamos tornando mais próximos a eles, e eles necessitam de mais atenção e é através de nós é que sabemos o que se passa com eles e dentro de suas casas.</p> <p>ACS 10: Dando atenção, eles se sentem mais queridos e amados.</p>

	<p>ACS 12: Meus idosos são carentes de tudo</p> <p>ACS 21: É muito importante porque eles precisam de atenção em todos os sentidos, principalmente respeito.</p> <p>ACS 22: Porque as vezes, ou sempre os familiares não tem tempo para eles.</p> <p>ACS 29: Muitas vezes somos o único apoio do idoso, é com a gente que eles se abrem e em nós que eles confiam para ser cuidados. Por esse motivo podemos ensinar bons hábitos na vida deles.</p> <p>ACS 36: Só o fato de conversarmos com os idosos e dar atenção eles ficam felizes.</p> <p>ACS 39: Muitas vezes somos as pessoas que os ouve são muito carentes.</p> <p>ACS 44: Pois eles confiam em nós ACS e buscamos de alguma forma ajudá-los.</p> <p>ACS 54: Muitos deles são carentes, pobres de atenção e com a visita dos ACS, a rotina dos mesmos é mudada, trazendo um pouco de atenção, carinho e bem-estar.</p> <p>ACS 62: Porque na maioria das vezes o contato maior é com os agentes, muitos filhos casam e esquecem dos pais.</p> <p>ACS 64: Pela carência que eles tem, ajudo dentro das minhas possibilidades.</p> <p>ACS 70: Em muitos lares o ACS é a única pessoa que o idoso interage.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

O que você espera de um Programa de Educação em Gerontologia?

Categorias e Subcategorias	ACS e Respostas
<p>1. Entendimento das mudanças decorrentes do envelhecimento e melhor maneira de atender aos idosos</p>	<p>ACS 1: Espero entender melhor as mudanças que ocorrem com as pessoas ao passar dos anos.</p> <p>ACS 3: Que nos ajude a entende-los melhor, e como agir e a lidar com eles.</p> <p>ACS 12: Uma melhor aceitação, devido aos cuidados e deveres para com os idosos. Sendo eles mais dependentes de cuidados mais afetivos.</p> <p>ACS 14: Uma melhora para os idosos em geral.</p>

	<p>ACS 16: Que nos ajude a entender melhor a questão dos idosos e melhor estes aspectos que estão defasados.</p> <p>ACS 21: Ajudar a entender melhor essas pessoas, pois elas precisam de nossa atenção dos nossos cuidados, não só nosso como também para estar passando para seus familiares, para terem uma vida melhor.</p> <p>ACS 35: Aprender mais sobre os idosos e estar preparada para poder ajudar de alguma forma.</p> <p>ACS 37: Espero aumentar os meus conhecimentos com os idosos e pode-los ajudar no que for preciso.</p> <p>ACS 38: Adquirir conhecimento e melhorar a forma de trabalhar com o idoso.</p> <p>ACS 39: Espero aprender mais sobre gerontologia para poder lidar com os idosos melhor e mais capacitada.</p> <p>ACS 42: Adquirir conhecimentos para ajudar na vida dos idosos e também para que eu possa envelhecer com saúde.</p> <p>ACS 44: Poder entender melhor a vida de um idoso e assim podendo ajudar para que sua condição de vida possa melhorar de alguma forma.</p> <p>ACS 46: Conhecer o processo de envelhecimento, para poder compreender melhor os idosos.</p> <p>ACS 47: Espero mais conhecimentos para melhor atender essa população de idosos.</p> <p>ACS 48: Melhorar meus conhecimentos em relação aos cuidados com idosos.</p> <p>ACS 55: Que possamos aumentar nossos conhecimentos para poder ainda mais e melhor ajudá-los.</p> <p>ACS 61: Obter mais informação, conhecimentos para melhorar meu trabalho e convivência com idosos.</p> <p>ACS 62: Aprender a lidar com os cuidados com os idosos e algo relacionado.</p> <p>ACS 65: Me capacitar e levar algo para os idosos.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>2. Opiniões quanto aproveitamento e melhor desenvolvimento da Educação Permanente em Gerontologia</p>	<p>ACS 2: Espero que seja muito proveitoso para eu usar no meu dia-a-dia.</p> <p>ACS 8: Informação que ainda não são de nosso conhecimento e que vai servir para realização de um bom trabalho.</p> <p>ACS 9: Tudo que serve para melhor capacitação, para o melhor trabalho.</p> <p>ACS 22: Espero aprender muito, pois usarei no meu trabalho e na minha vida pessoal, pois todos seremos idosos um dia.</p> <p>ACS 54: Que todo o conteúdo do programa seja de fácil absorção para que fique claro aos ACS, e aplicarem em suas visitas.</p> <p>ACS 70: É uma área que tem muito a oferecer, muito mesmo, mas as pessoas precisam conhecer a importância dessa educação gerontológica.</p> <p>ACS 75: Aprimoramento.</p>
<p>3. Melhor maneira de orientação ao idoso e família e técnicas de abordagem</p>	<p>ACS 4: Espero esclarecimentos a respeito da melhor maneira de orientá-los e como lidar com eles com respeito.</p> <p>ACS 6: Orientação em saúde.</p> <p>ACS 23: Espero aprender mais para cuidar melhor dos meus moradores idosos, quanto mais bem estar melhor. Por enquanto uso muito amor, paciência e levo tudo que minha chefe (enfermeira) manda.</p> <p>ACS 33: Aprender cada vez mais para repassar os conhecimentos adquiridos no trabalho e dia-a-dia.</p> <p>ACS 50: Aprendizado para podermos passar aos idosos, para eles poderem ter uma vida melhor.</p> <p>ACS 56: Seria de grande importância para os mesmos e seus familiares desta forma esta faixa de idade, teriam mais conhecimentos de como prevenir e de como agir em situações vividas no dia-a-dia.</p> <p>ACS 59: Como melhor me expressar com meus moradores, saber falar com ele no dia-a-dia, e saber instruir melhor eles sobre as doenças do tempo.</p> <p>ACS 60: Adquirir conhecimentos para</p>

	<p>orientá-los melhor.</p> <p>ACS 67: Educar as filhas, para que possam ajudar seus pais (idosas), na hora que mais necessitar. Porque o idoso se ele estiver bem, ele não precisa de tanta atenção, mas sem são eles que ajudam as filhas, tanto financeira, com as netas, no serviço de casa. Porque para ele idoso é um prazer.</p> <p>ACS 5: Aprender a desenvolver uma técnica de abordagem para trabalhar com os idosos.</p> <p>ACS 49: Espero aumentar meus conhecimentos, para poder chegar até eles e saber não só como falar, mas sim também o modo de tratamento que devemos dar.</p>
<p>4. Obter bons resultados no trabalho e proporcionar ajuda e aumentar qualidade de vida e saúde dos idosos</p>	<p>ACS 10: Acho interessante, pois eles precisam de uma atenção especial.</p> <p>ACS 11: Ter um bom resultado.</p> <p>ACS 13: Que ajudem mais os idosos, para que eles possam ter o término de suas vidas, como todo o ser humano merece, ter uma moradia digna, alimentação adequada e viver em paz.</p> <p>ACS 17: Que ajude os idosos, capacite os profissionais para que possam ajudá-los.</p> <p>ACS 26: Que possa nos dar melhor condições de ajudá-los.</p> <p>ACS 45: Espero poder ajudar ainda mais os idosos.</p> <p>ACS 7: Melhorar mais a qualidade de vida deles.</p> <p>ACS 24: Que ajude um pouco mais os idosos ao seu bem-estar, em geral.</p> <p>ACS 29: Espero ter acesso a informação e que possa melhorar a qualidade de vida dos idosos.</p> <p>ACS 52: Um nível de envelhecimento com mais saúde aos idosos.</p> <p>ACS 84: Adquirir informações e atenção para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos, de um modo extensivo aos moradores.</p>

<p>5. Obter mais conhecimentos nessa área, para usar no cotidiano de trabalho e para a própria velhice</p>	<p>ACS 15: Ter mais conhecimento sobre essa área.</p> <p>ACS 18: Aprender e ter novos conhecimentos.</p> <p>ACS 19: Espero adquirir conhecimentos.</p> <p>ACS 20: Não tenho conhecimento espero que seja algo que possa ajudar muito.</p> <p>ACS 25: Conhecimento, afinal nenhum conhecimento é em vão, será muito útil para nossa área.</p> <p>ACS 27: Aprender ainda mais e com isso ganhar mais sabedoria para lidar com eles, isto é, ter mais conhecimentos sobre os idosos.</p> <p>ACS 28: Adquirir uma experiência diferente.</p> <p>ACS 30: Aprendizado.</p> <p>ACS 31: Adquirir conhecimento para minha vida pessoal e profissional.</p> <p>ACS 36: Adquirir conhecimento maior nessa área.</p> <p>ACS 41: Aprender mais, sempre é bom novos conhecimentos para nossa vida profissional e social.</p> <p>ACS 53: Aprender mais, sobre o idoso e a nossa própria velhice.</p> <p>ACS 57: Espero adquirir conhecimento útil no meu dia-a-dia.</p> <p>ACS 68: Aprender mais sobre o idoso que é nossa experiência em vida.</p> <p>ACS 72: Espero que esclareça todas as minhas dúvidas sobre os cuidados com idosos.</p> <p>ACS 76: Acho que vem para trazer mais informações e conhecimento que a gente ainda não tem conhecimentos.</p> <p>ACS 79: Mais conhecimento.</p> <p>ACS 63: Adquirir conhecimentos para melhor aplicar na rotina do ACS e também para aplicar com minha família em um futuro próximo.</p> <p>ACS 64: Melhorar meu cotidiano e ter uma velhice bem instruída.</p> <p>ACS 66: Ser bem informada e poder ajudar outras pessoas e se preparar para</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>lidar com a velhice.</p> <p>ACS 69: Adquirir conhecimentos para ajudar melhor tanto meus moradores quanto meus familiares.</p> <p>ACS 71: Adquirir conhecimento para ajudar melhor meus moradores e os meus familiares.</p> <p>ACS 73: Agregar conhecimentos para passar para os idosos e ser usado também no nosso dia-a-dia, tanto no trabalho como na nossa vida particular.</p> <p>ACS 74: Esperemos aprender como envelhecer com mais saúde física, psicológica.</p> <p>ACS 77: Trazer mais conhecimento para estar melhorando ainda mais nossos serviços.</p> <p>ACS 80: Informação e orientação para que eu possa ajudar os meus moradores idosos.</p> <p>ACS 81: Espero receber mais informações, para melhorar meu aprendizado para poder efetuar no meu trabalho, e com isso ajudar melhor a vida dos idosos da minha área.</p> <p>ACS 82: Mais conhecimento, para se executar no trabalho.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------