



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Paz Fonseca, Rochele; Trentini, Clarissa Marcelli; Valli, Felícia; Azevedo Neves da Silva, Rosane
Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da
enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 13, núm. 4, julho-agosto, 2008, pp. 1275-1284
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013424>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença

Representations of aging for community health agents and nursing professionals: psychological aspects of the health-disease process

Rochelle Paz Fonseca¹
 Clarissa Marcelli Trentini²
 Felícia Valli³
 Rosane Azevedo Neves da Silva⁴

Abstract This paper addresses the aging process in the context of public health, with emphasis to human resources and to how aging is perceived by the public health professionals. The aim of this study was to identify the representations of the aging process for public health professionals and how these representations are expressed in health care, well-being and elderly care. The sample included 27 public health professionals, 10 community health agents and 17 nursing professionals. Two instruments were used, a sociocultural questionnaire and a questionnaire about aging representations. Data analysis included qualitative and quantitative procedures (Chi-square test). Among the main findings, the most representative words used in relation to aging were retirement and rest. For this sample, good family support and care were considered the most important factors contributing to the well-being of the elderly. When it comes to defining care, the most frequent concept referred to biological aspects. Moreover, this sample in general showed some knowledge about Alzheimer Disease. These findings can contribute to the capacitation of human resources. Health agents and nursing professionals should be guided towards construction of a deeper comprehension of the biopsychosocial context of the aging process.

Key words Aging, Public health, Community health agents, Community health nursing, Psychology

Resumo No âmbito do tema saúde pública e envelhecimento, o objetivo desse estudo foi averiguar quais são as representações do processo de envelhecimento para profissionais da saúde pública e como essas se expressam na atenção à saúde, no bem-estar e no cuidado do idoso. Participaram 27 profissionais (dez agentes comunitários de saúde e dezessete profissionais de enfermagem). Utilizaram-se dois instrumentos, um questionário sociocultural e um questionário sobre as representações do envelhecimento. Os dados foram analisados qualitativa e quantitativamente (teste qui-quadrado). As palavras mais representativas para expressar o envelhecimento foram aposentadoria e descanso. O fator que mais influenciou o bem-estar e o cuidado do indivíduo idoso foi uma boa rede familiar. Quanto à definição de cuidado, os aspectos biológicos foram os mais freqüentes. A amostra apresentou noções sobre a doença de Alzheimer. Assim sendo, os dados encontrados trazem implicações para a capacitação de recursos humanos. Os agentes de saúde e os profissionais de enfermagem devem ser auxiliados no processo de construção de uma melhor compreensão do contexto biopsicossocial em que o envelhecimento está inserido.

Palavras-chave Envelhecimento, Saúde pública, Agentes comunitários de saúde, Enfermagem comunitária, Psicologia

¹ Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Cognição Humana, PUCRS.

. Av. Ipiranga 6681/Prédio 11/ 938, Bairro Partenon. 90619-900 Porto Alegre RS. rochelle.fonseca@pucrs.br

² Departamento de Psicologia do Desenvolvimento e da Personalidade, Instituto de Psicologia, UFRGS.

³ Faculdade de Psicologia, PUCRS.

⁴ Departamento de Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, UFRGS.

Introdução

O despreparo da saúde pública mundial frente ao aumento rápido e contínuo da longevidade humana é motivo de muitas reflexões na literatura das ciências sociais, humanas e da saúde^{1, 2}. Os sistemas de saúde pública vêm preocupando-se, em níveis mundial e nacional, predominantemente com outras populações etárias que não a de indivíduos idosos. A saúde pública tem tradicionalmente enfocado a maternidade, o nascimento e o processo saúde-doença infantil, fenômenos muito importantes para a sociedade. Entretanto, a saúde do idoso também deve ser foco de atenção das políticas públicas de saúde³. Em defesa desta demanda, Higginson *et al.*⁴ ressaltam que a saúde pública é a principal área de ação para o envelhecer bem. Nesse contexto, o objetivo do presente estudo é investigar quais são as representações do processo de envelhecimento para profissionais da saúde pública e como estas se expressam na atenção à saúde do idoso, no bem-estar e no cuidado dessa população.

No Brasil, o aumento da expectativa de vida também está sendo motivo de alerta dos órgãos governamentais, educacionais e da mídia. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualmente, há em torno de 14,5 milhões de idosos no país, sendo que a estimativa da população idosa para 2025 é de 32 milhões^{5, 6}.

O crescente aumento da longevidade dos idosos brasileiros vem provocando mudanças das políticas públicas nacionais. Mencionam-se dois exemplos: a Política Nacional de Saúde do Idoso e o Estatuto do Idoso. A Política Nacional de Saúde do Idoso foi aprovada em 1999 pelo Ministério da Saúde, com os objetivos de promover o envelhecimento saudável, manter e melhorar ao máximo a capacidade funcional dos idosos, prevenir e tratar doenças, garantindo que esta população permaneça em seu meio social^{7, 8}. O Estatuto do Idoso, sancionado em 2003, foi elaborado com o intuito de garantir aos indivíduos idosos direitos de proteção à vida e à saúde⁹.

No que diz respeito à saúde do idoso, a saúde pública é o principal contexto no qual estas duas políticas se inserem. A saúde pública é definida como sendo a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde através de esforços da sociedade, incluindo todas aquelas ações e práticas efetuadas para aprimorar a saúde da população¹⁰. A saúde global da população é o foco da saúde pública sob os aspectos preventivo, curativo e educativo¹¹. Reconhecem-se três níveis de atenção à saúde: primário, se-

cundário e terciário. O nível primário tem como focos a promoção da saúde e a prevenção da doença. O secundário objetiva identificar a doença no nível diagnóstico. O terciário preocupa-se com o tratamento da doença¹².

Apesar de a tradição do sistema brasileiro de saúde pública ser curativa, ou seja, com ênfase no nível terciário de atenção à saúde, desde a década de 1990, com a regulamentação do Sistema Único de Saúde, políticas públicas vêm sendo planejadas com enfoque na atenção primária. Neste movimento, dois programas foram criados, na tentativa de ampliar a porta de entrada deste sistema: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994^{13, 14}. Ambos programas têm por finalidade formar um vínculo mais pessoal entre usuários do sistema e os profissionais da área da saúde.

O PACS tem como realizador o agente comunitário de saúde. Este desenvolve práticas ou ações preventivas de doenças e promove a saúde, mediante visitas aos domicílios de sua comunidade. Dentre suas atribuições, encontram-se cadastramento das famílias, acompanhamento do pré-natal, acompanhamento do desenvolvimento infantil, orientação quanto a doenças endêmicas, saúde bucal, planejamento familiar, nutrição, preservação do ambiente e promoção da saúde do idoso¹⁵. Enfim, o agente de saúde, como componente de uma equipe, apresenta um papel fundamental no processo de democratização da saúde e de construção da cidadania¹⁶. Neste programa, ele é supervisionado por um profissional da enfermagem.

A equipe do PSF, além de um profissional da enfermagem e do agente de saúde, é composta, ainda, por um médico, um sanitário e um assistente social. Este programa tem por objetivo reorganizar a dinâmica de trabalho das Unidades Básicas de Saúde, modificando as práticas tradicionais de medicalização da saúde através da prestação de assistência integral e multiprofissional¹⁶.

Os profissionais destes dois programas constituem o *corpus* dos recursos humanos que podem contribuir para o envelhecimento saudável de um modo mais próximo da população idosa. Destes profissionais, destacam-se os enfermeiros e os agentes comunitários de saúde. Apesar de a falta de recursos financeiros ser uma das maiores preocupações no contexto do despreparo da saúde pública mundial e nacional ao aumento da longevidade humana, a capacitação insuficiente dos profissionais da área da saúde também é destaca-

da na literatura^{17, 18}. Telarolli Junior *et al*¹⁹ sugerem medidas para a assistência à saúde dos idosos, todas relacionadas aos recursos humanos: expansão da capacidade de atendimento, através do treinamento gerontológico dos profissionais de saúde; aprimoramento das ações educativas direcionadas aos idosos, aos profissionais da saúde e educadores; e incremento do programa de visitação aos domicílios dos idosos.

Nesse contexto da demanda crescente de maior quantidade e qualidade de recursos humanos, a presente pesquisa pretende refletir sobre as seguintes questões:

1) Como agentes comunitários de saúde e profissionais da área de enfermagem representam e/ou definem o processo de envelhecimento? Há diferenças de concepções entre estes dois subgrupos?

2) Quais os fatores que estes profissionais da saúde pública consideram mais relacionados ao bem-estar e ao cuidado do idoso? Existem diferenças neste julgamento entre os dois subgrupos?

3) Como esses profissionais conceituam o cuidado?

4) Quais as noções que eles apresentam sobre a doença de Alzheimer? Há diferenças entre agentes comunitários de saúde e profissionais da área de enfermagem?

5) Esses profissionais conhecem e sabem dar exemplos de sintomas de adoecimento cognitivo-afetivo dos idosos de sua comunidade? Os dois subgrupos diferem entre si?

Métodos

Participantes

Participaram deste estudo 27 profissionais da saúde pública de três cidades não-metropolitanas do Estado do Rio Grande do Sul. Desses, dez eram agentes comunitários de saúde e dezessete, profissionais da área de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem). Foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: participarem do Programa de Saúde da Família de suas regiões e não terem participado de treinamento formal sobre tópicos relacionados à saúde do idoso após sua formação como agentes de saúde ou profissionais de enfermagem.

Dos profissionais da saúde que participaram do estudo, um é do sexo masculino e 26, do sexo feminino. Apresentam em média 32,4 anos de idade ($dp=9,3$), 12,0 anos de escolaridade formal ($dp=2,7$) e 8,2 horas diárias de trabalho

($dp=4,1$). Esta amostra, além de ser considerada como um grupo único para a maior parte da análise dos dados, também foi dividida em dois subgrupos para se investigar se há diferenças entre agentes comunitários de saúde (subgrupo 1) e profissionais da área de enfermagem (subgrupo 2) nos aspectos estudados. O subgrupo 1 apresenta, em média, 39,1 anos de idade ($dp=7,2$), 10,6 anos de escolaridade ($dp=2,6$) e 7,9 horas diárias de trabalho ($dp=3,1$). Os participantes do subgrupo 2 possuem, em média, 28,5 anos de idade ($dp=8,3$), estudaram, em média, 12,9 anos (2,4) e trabalham, em média, 8,4 horas diárias ($dp=4,6$). Foi encontrada diferença significativa entre estes dois subgrupos apenas quanto à idade, através do teste não-paramétrico Mann-Whitney ($U=30,0$, $z=-2,76$, $p<0,01$).

Aspectos éticos

Os aspectos éticos foram cumpridos de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos expostas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando sua participação no presente estudo, após receberem informações sobre a pesquisa.

Instrumentos e procedimentos

Foram utilizados dois instrumentos nesta pesquisa: 1) questionário sociocultural e 2) questionário sobre as representações do envelhecimento, aplicados coletivamente nesta ordem, em um único encontro. O primeiro instrumento foi elaborado para que informações sociodemográficas dos participantes fossem obtidas – idade, anos de escolaridade, sexo e horas de trabalho por dia – possibilitando a caracterização da amostra, conforme exposto na subseção Participantes. O segundo instrumento é um questionário semi-estruturado, que foi construído para que as questões de pesquisa pudessem ser investigadas. No Quadro 1, a seguir, pode ser visualizada a correspondência entre o foco de investigação, representando as questões desta investigação, e a respectiva questão do questionário principal. Foram dados exemplos das questões de ordenamento de palavras e fatores, para evitar dificuldades de preenchimento por compreensão incompleta da questão.

Quadro 1. Correspondência entre os focos de investigação e as questões do questionário principal.

Foco de investigação	Questões do questionário
1) Representação do fenômeno de envelhecimento	Coloque as palavras abaixo em ordem decrescente, daquela que mais define/representa o envelhecimento para aquela que menos define/representa esta fase da vida: alegria, aposentadoria, bem-estar, descanso, doença, educação, experiência, fraqueza, incapacidade, lazer, morte, perda, sabedoria, sexualidade, solidão.
2) Representação dos fatores relacionados ao bem-estar e ao cuidado do idoso	O bem-estar e o cuidado com o idoso dependem de (enumerar as possibilidades da mais importante até a menos importante): apoio social, atividades de lazer, ocupação no mercado de trabalho, recursos financeiros, uma boa rede de atendimento médico, uma boa rede familiar, uma boa saúde física, uma boa saúde mental/psicológica.
3) Representação do conceito de cuidado	O que é cuidado/cuidar para você?
4) Noções sobre doença de Alzheimer	Marque verdadeiro ou falso para as afirmações a respeito da doença de Alzheimer – afirmações sobre sintomas, diagnóstico, cura e reabilitação.
5) Convivência com o processo saúde-doença psicológica dos idosos da comunidade	Entre os idosos de sua comunidade, quais das seguintes patologias você conhece e sabe dar exemplos de sintomas: depressão, ansiedade, prejuízo de comunicação/linguagem, prejuízo de memória?

Procedimentos para a análise dos dados

Os dados foram analisados qualitativa e quantitativamente. O primeiro foco de investigação – representação do envelhecimento – deu origem a respostas ordenadas de 1 a 15. As palavras que receberam ordenamento de 1 a 8, indicando uma maior proximidade da definição de envelhecimento, foram recodificadas no banco de dados como 1 – categoria de palavras que mais representam o envelhecimento. Aquelas que receberam ordenamento de 9 à 15, mais distantes da definição em questão, foram recodificadas como 2 – categoria de palavras que menos representam o fenômeno investigado. Do mesmo modo, o segundo foco de investigação – representação dos fatores relacionados ao bem-estar e ao cuidado do idoso – originou respostas ordenadas de 1 a 8; aquelas expressões que receberam ordenamento de 1 a 4 foram categorizadas como 1 – fatores que mais influenciam o bem-estar e o cuidado do idoso; as expressões com ordenamento de 5 a 8 foram categorizadas como 2 – fatores que menos influenciam os aspectos estudados neste foco de investigação. Os dados provenientes destes dois primei-

ros focos de investigação foram analisados considerando o grupo total, mediante o teste não-paramétrico qui-quadrado para uma amostra, e dois subgrupos: agentes de saúde e profissionais da área de enfermagem, cuja distribuição de ordenamento foi comparada através do teste não paramétrico qui-quadrado para duas amostras, pelo **Fisher's Exact Test**²⁰.

O terceiro foco de investigação – representação do conceito de cuidado – foi analisado qualitativamente através da análise de conteúdo temática²¹. Posteriormente, uma análise estatística descritiva possibilitou a distribuição das respostas no grupo total e nos dois subgrupos. O quarto foco de investigação – noções sobre doença de Alzheimer – resultou em respostas do tipo acerto e erro, sendo analisadas conforme o primeiro e o segundo focos. O quinto e último foco de investigação – convivência com o processo saúde-doença psicológica dos idosos da comunidade – deu origem a três categorias de resposta (conhece e sabe dar exemplos; conhece, mas não sabe dar exemplos; e não conhece), que foram analisadas quantitativamente também através do teste não paramétrico qui-quadrado para uma e

duas amostras. Por fim, foram realizadas análises de correlação, através do Coeficiente de Spearman²⁰ entre os dados sociodemográficos quantitativos e os dados ordinais dos focos de investigação 1 e 2. O pacote estatístico utilizado para tais análises foi o SPSS, versão 13. Para as análises mencionadas, o nível de significância eleito foi o de menor ou igual a 0,01.

Resultados

Os resultados serão apresentados por foco de investigação. Primeiramente, os dados da análise descritiva serão mostrados, sendo seguidos pelos dados da análise inferencial (teste qui-quadrado).

Representação do envelhecimento

Na Tabela 1, pode ser observada a ordem das palavras que representam e/ou definem o envelhecimento. A ordem foi estabelecida a partir do maior percentual de categoria 1, ou seja, com base no percentual de participantes que atribuiu ordem de 1 a 8 – a palavra que mais define o envelhecimento é aquela que um maior percentual de participantes atribuiu ordenamento de 1 a 8, com posterior categorização 1. Dessa forma, a primeira palavra da Tabela 1 é aquela que foi considerada pela amostra total como a mais representativa do fenômeno de envelhecimento.

Tabela 1. Percentual para cada palavra da categoria 1.

Palavra que define o envelhecimento	Percentual de participantes que atribuiu 1 a 8
Aposentadoria	76%
Descanso	76%
Experiência	64%
Bem-estar	56%
Educação	56%
Sabedoria	56%
Alegria	48%
Lazer	44%
Solidão	44%
Doença	40%
Perda	40%
Incapacidade	36%
Fraqueza	32%
Morte	24%
Sexualidade	24%

A partir da Tabela 1, pode-se notar que as palavras mais representativas para expressar o envelhecimento nesta amostra de profissionais da saúde pública foram aposentadoria e descanso e as menos representativas foram morte e sexualidade. Não foram encontradas correlações significativas, no nível 0,01, entre os ordenamentos de cada palavra e os fatores idade, escolaridade e horas trabalhadas por dia.

No que concerne ao grupo total, após o qui-quadrado para uma amostra, as palavras que não se apresentaram igualmente distribuídas entre os ordenamentos julgados pelos participantes foram as seguintes: aposentadoria, descanso, morte e sexualidade ($\chi^2 = 6,76$, $df=1$, $p<0,01$). Este achado confirma a observação dos dados da análise estatística descritiva. Quanto à comparação entre os dois subgrupos de profissionais, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos ordenamentos.

Representação dos fatores relacionados ao bem-estar e ao cuidado do idoso

A ordem dos fatores dos quais o bem-estar e o cuidado do idoso dependem encontra-se exposta na Tabela 2. A ordem foi estabelecida a partir do maior percentual de categoria 1, ou seja, maior influência do fator sobre os aspectos estudados: o fator do qual o bem-estar e o cuidado com o idoso mais dependem é aquele com o maior percentual de participantes que atribuiu ordenamento de 1 a 4, com posterior categorização 1. Dessa forma, o primeiro fator da Tabela 2 corresponde àquele considerado pela amostra total como o que mais influencia no bem-estar e no cuidado com o idoso.

Tabela 2. Percentual para cada palavra da categoria 1.

Fator que influencia bem-estar e cuidado do idoso	Percentual de participantes que atribuiu 1 a 4
Boa rede familiar	96%
Boa saúde física	85%
Boa rede de atendimento médico	82%
Boa saúde mental/psicológica	75%
Recursos financeiros	67%
Ocupação no mercado de trabalho	50%
Apoio social	33%
Atividades de lazer	33%

A verificação da Tabela 2 mostra que o fator que mais influencia o bem-estar e o cuidado do indivíduo idoso para os profissionais da saúde pública investigados é uma boa rede familiar; em contrapartida, os fatores apoio social e atividades de lazer foram considerados de menor influência. De acordo com o teste qui-quadrado para uma amostra, os fatores que foram desigualmente distribuídos foram boa rede de atendimento médico ($\chi^2=10,70$, df=1, $p<0,001$), boa rede familiar ($\chi^2=23,14$, df=1, $p<0,001$) e boa saúde física ($\chi^2=13,37$, df=1, $p<0,001$). Os dois subgrupos de profissionais não diferiram entre si quanto à distribuição de importância para cada fator. Não foram encontradas correlações significativas entre os aspectos sociodemográficos e o ordenamento dos fatores que influenciam o bem-estar e o cuidado com o idoso.

Representação do conceito de cuidado

Após a análise de conteúdo temática, três categorias *a posteriori* foram identificadas no que concerne à representação do conceito de cuidado. Na Tabela 3, essas podem ser visualizadas, assim como suas respectivas distribuições na amostra total.

Tabela 3. Distribuição das categorias do conceito de cuidado na amostra total.

Categorias	Percentual
Atenção aos aspectos biológicos	55%
Atenção aos aspectos psicológicos	23%
Atenção aos aspectos biológicos e psicológicos	22%

Com base na Tabela 3, pode-se evidenciar que a maioria dos profissionais da saúde pública consultados define cuidado como sendo uma atenção aos aspectos biológicos, tais como dar medicamentos, levar ao médico, cuidar da nutrição, entre outros. Uma minoria considera cuidado como uma atenção aos aspectos psicológicos, como transmissão de carinho e afeto.

Noções sobre doença de Alzheimer

O percentual de acertos no julgamento de verdadeiro ou falso para as afirmativas efetuadas sobre a doença de Alzheimer foi calculado e pode ser observado na Tabela 4.

Nota-se, com base na Tabela 4, que, em geral, esta amostra de profissionais da saúde pública apresenta noções sobre a doença de Alzheimer. Nas questões 2 ($\chi^2=18,61$, df=1, $p<0,001$), 3 ($\chi^2=12,46$, df=1, $p<0,001$), 4 ($\chi^2=9,84$, df=1, $p<0,01$) e 6 ($\chi^2=11,56$, df=1, $p<0,001$), o percentual de participantes que as julgaram adequadamente foi significativamente superior ao percentual de participantes que as julgaram de modo inadequado. Na questão 6, mais participantes julgaram inadequadamente do que adequadamente ($\chi^2=6,76$, df=1, $p<0,01$). Quanto à comparação entre os dois subgrupos, o subgrupo de agentes da saúde julgou a questão 5 equivocadamente com maior freqüência do que os profissionais da área da enfermagem ($p<0,01$).

Convivência com o processo saúde-doença psicológica dos idosos da comunidade

A maioria dos participantes conhece e sabe dar exemplos de depressão em idosos na sua comunidade de trabalho (67%), enquanto uma

Tabela 4. Percentual de acertos nas questões sobre a doença de Alzheimer.

Questões sobre a doença de Alzheimer	Percentual
1) É caracterizada principalmente por perda de memória.	96%
2) Tem cura.	92%
3) Pode melhorar com o tratamento medicamentoso.	85%
4) Pode melhorar com treino de memória.	81%
5) É caracterizada por prejuízo motor desde o início da doença.	65%
6) É caracterizada por prejuízo de fala/linguagem desde o início da doença.	84%
7) Existem exames que a pessoa pode fazer para confirmar o diagnóstico da doença.	24%

minoria conhece, mas não sabe dar exemplos de sintomas (19%) ou não sabe (15%). Quanto à ansiedade, 67% dos profissionais conhecem e sabem dar exemplos de sintomas, 15% conhecem, mas não sabem dar exemplos e 19% não conhecem esta psicopatologia. O prejuízo de comunicação/linguagem é conhecido com exemplos de sintomas por 62% da amostra, é conhecido sem exemplos por 11% e desconhecido por 26%. O prejuízo de memória é conhecido e acompanhado por exemplos de sintomas por 62% do grupo, enquanto 22% o conhecem, mas não sabem dar exemplos, e 15% o desconhecem.

A partir da análise da distribuição destas três categorias de conhecimento sobre o processo de saúde-doença psicológica dos idosos da comunidade, constatou-se que, para todos os quadros, a maioria da amostra apresenta conhecimento acompanhado de exemplos dos sintomas ($p<0,01$). Com relação à comparação entre os dois subgrupos de profissionais, observou-se que um maior percentual de agentes de saúde conhece e sabe dar exemplos de depressão em indivíduos idosos de sua comunidade ($p<0,01$).

Discussão

O presente estudo não tem a pretensão de generalizar resultados para todos os profissionais da saúde pública brasileira, em função da pequena amostra consultada. Todavia, pretende-se observar e refletir, de modo inicial, como alguns profissionais da saúde pública gaúcha estão percebendo o envelhecimento em sua comunidade e que noções apresentam frente aos aspectos psicológicos do processo saúde-doença do idoso.

No que concerne à representação do envelhecimento, essa se encontra relacionada à definição deste fenômeno. Não há definição clara de envelhecimento, nem um consenso sobre qual aspecto o define melhor: idade cronológica, fisiológica ou eventos significativos como a aposentadoria ou a viuvez. Esta falta de consenso denota a complexidade desta fase da vida e a falta de preparo da sociedade em geral para lidar com esta etapa do desenvolvimento humano. As representações do envelhecimento para a população em geral tendem a estar relacionadas a aspectos pejorativos. A imagem deficitária do envelhecimento individual deve-se principalmente às características biológicas deste fenômeno, visíveis no corpo. Enfatiza-se, ainda, que o envelhecimento biológico é associado à morte, reforçando um senso de fim de vida com o avançar da idade⁸.

Embora haja um preconceito com relação ao idoso³ e uma tendência a opiniões negativas em relação ao envelhecimento em agentes comunitários¹³, os profissionais da saúde pública que participaram da presente pesquisa julgaram aquelas palavras que caracterizam aspectos negativamente associados ao envelhecimento como menos representativas deste fenômeno. Dessa forma, palavras como incapacidade, fraqueza e morte foram categorizadas como menos definidoras do envelhecimento. Em contrapartida, a conotação de inatividade ou passividade parece estar presente para estes profissionais, já que palavras como aposentadoria e descanso foram as mais relacionadas ao envelhecimento e sexualidade foi uma das menos associadas a esta fase da vida.

Os fatores mais associados ao bem-estar e ao cuidado com o idoso – boa rede familiar, boa saúde física e boa rede de atendimento médico – demonstram que os profissionais consultados, os quais participam de programas como PSF e PACS, reconhecem a importância do apoio de membros da família para a construção de um envelhecimento saudável. O suporte familiar é destacado por Lebrão e Laurenti²² como um fator importante para a saúde e o bem-estar no envelhecimento. Esses autores, buscando conhecer a rede de suporte familiar dos idosos através da identificação de arranjos familiares no município de São Paulo, encontraram uma quantidade significativa de idosos vivendo sós ou apenas com seus cônjuges, também idosos. Reforçam, a partir desses achados, a necessidade de uma reorganização assistencial mais efetiva para que o limite do potencial de auxílio do cônjuge possa ser compensado. Outro fato importante que resalta a demanda desta reorganização é o crescente envelhecimento com dependência pela diminuição da capacidade funcional que acarreta uma sobrecarga familiar^{23, 24}.

Chama a atenção um aspecto no julgamento dos fatores mais relacionados ao bem-estar e ao cuidado do idoso nesta amostra: o apoio social e as atividades de lazer foram considerados como fatores que menos influenciam no envelhecimento saudável. Tanto os enfermeiros quanto os agentes de saúde fazem parte do suporte social à saúde do idoso e à sua participação na comunidade. Eles apresentam o papel de otimizar o suporte familiar através do cuidado comunitário do indivíduo idoso⁸. De tal modo, a amostra consultada parece não estar sensibilizada para a grande importância do apoio social no processo do envelhecimento. Isso deve alertar os planejadores das políticas públicas, na medida em que uma

das principais soluções para a prevenção do envelhecimento não-saudável é a ação de centros comunitários no incentivo à realização de atividades de lazer e de integração do idoso em sua sociedade^{1, 25}.

No que diz respeito à representação do conceito de cuidado para os profissionais que lidam diariamente com o cuidado do idoso, o tema mais freqüente foi os aspectos biológicos do envelhecimento. Esse achado demonstra que, para esta amostra, o modelo biomédico ainda está bastante enraizado, baseando as práticas de cuidado destes agentes comunitários e profissionais de enfermagem. Conforme Henrard e Ankri³, na saúde do idoso, o modelo mais indicado é o holístico, ou seja, o cuidado com o idoso deve estar embasado concomitantemente por um olhar multidirecional – para os aspectos sociais, psicológicos e biológicos e não apenas para estes últimos. De acordo com Denoyer¹¹, dentre os profissionais das equipes sanitárias, extremamente importantes para o desenvolvimento da saúde pública, são os enfermeiros, os técnicos e os auxiliares de enfermagem. Além de práticas ligadas aos aspectos biológicos da saúde, o papel psicológico destes profissionais também é destacado na literatura, como o são suas responsabilidades preventivas e educativas no campo da saúde. O enfermeiro, como membro da equipe do PSF, por exemplo, deve realizar práticas assistenciais e gerenciais, assumindo seu papel de agente de transformação¹⁴.

Quanto às noções sobre os aspectos psicológicos do processo saúde-doença do indivíduo idoso, os dois últimos focos de investigação auxiliam na análise crítico-reflexiva da capacitação de profissionais da saúde pública para uma de suas mais freqüentes práticas – a educação em saúde²⁶. No processo de adoecimento relacionado ao envelhecimento não-saudável, a demência tem sido mundialmente considerada como um acometimento preocupante na saúde pública, no que concerne à saúde do idoso. De acordo com Higginson *et al*⁴, muitos indivíduos com demência apresentam sintomas e necessidades de saúde que podem ser comparadas àquelas dos indivíduos que possuem câncer, sendo, até mesmo, mais duradouros. Dentre estes sintomas, encontram-se confusão mental, incontinência urinária, dor, irritabilidade aumentada e diminuição do apetite. Dentre as demências, a mais prevalente é a doença de Alzheimer, que apresenta como primeiro fator de risco a idade. Suas principais características são dificuldades progressivas de memória, linguagem, comportamento e afetividade.

A perda de autonomia vai ocorrendo lentamente^{11, 27}. Em geral, a amostra de profissionais da saúde consultada apresenta boas noções sobre este processo extremamente danoso para o indivíduo idoso e aqueles que estão ao seu redor. O enfermeiro é identificado como um dos principais agentes orientadores do portador de Alzheimer e de sua família, principalmente em meios rurais²⁸. Além disso, o entendimento de sua prevalência, seus fatores de risco e de das intervenções potenciais vem emergindo como uma faceta importante da saúde pública²⁹.

Comparando-se agentes de saúde e profissionais de enfermagem, diferenças entre os dois subgrupos foram encontradas em apenas uma questão das noções sobre doença de Alzheimer e uma questão sobre os aspectos psicológicos. No primeiro caso, os enfermeiros cometem menos equívocos no que concerne aos conhecimentos dos estágios desse processo demencial, o que pode ter sido ocasionado por uma formação mais voltada para a patologização do ser humano. No segundo caso, os agentes de saúde apresentaram maior conhecimento acerca da depressão, o que pode indicar que estes, por estarem bastante vinculados aos membros da comunidade onde habitam, devem estar mais familiarizados com exemplos de indivíduos que apresentam esta psicopatologia.

As noções sobre depressão, ansiedade, prejuízo comunicativo e mnemônico parecem estar presentes na maioria dos profissionais questionados. Entretanto, mesmo em face da grande prevalência e do alto grau de incapacitação destes quadros, tal como a depressão³⁰, ainda há profissionais que desconhecem tais patologias. Isso implica demanda de aprimoramento da formação de recursos humanos na área da saúde do idoso, sugestão essencial, segundo Pancrazi e Metals³¹, para que melhores atitudes frente ao idoso sejam desenvolvidas. A escassez de conteúdo gerontogeriátrico nos cursos técnicos e de graduação de profissionais da saúde em geral é destacada por Diogo³², King³³, Motta e Aguiar³⁴, na formação de médicos por Maurer *et al*³⁵ e na formação de enfermeiros por Marziale⁷ como uma limitação importante. As consequências dessa lacuna podem ser muito graves, conforme enfatizam Zweig *et al*³⁶, ao evidenciarem que muitos adultos idosos diagnosticados com alguma psicopatologia são atendidos em centros de atenção primária à saúde por profissionais sem conhecimentos sobre os aspectos gerontológicos, sociais e psicológicos inerentes a essa fase do desenvolvimento humano.

Considerações finais

A partir deste estudo, pôde-se obter uma idéia de como agentes comunitários de saúde e profissionais da enfermagem representam o envelhecimento humano e de quais noções eles apresentam sobre o processo psicológico saúde-doença associado a esta fase da vida. Em geral, não demonstraram uma concepção negativa do envelhecimento, apesar de o terem associado à conotação de inatividade. O papel da família foi identificado como tendo uma grande influência sobre o bem-estar dos adultos idosos; o apoio social, porém, foi considerado como o fator de menos influência. A concepção de cuidado, nesta amostra, ainda está predominantemente ligada ao domínio biológico do desenvolvimento, com menor reconhecimento dos pilares social e psicológico. As noções sobre doença de Alzheimer, depressão, ansiedade, déficits de comunicação e de memória apresentadas por esta amostra sugerem que estes profissionais da saúde pública não desconhecem os sintomas ligados a estas patologias e, ainda, que eles estão voltando seus olhares para limites além do biológico.

O mero incremento de atividades de capacitação de recursos humanos através de uma abordagem pedagógica tradicional não parece ser uma solução suficientemente efetiva. O tripé de fatores que contribuem para o processo de envelhecimento - aspectos biológicos, psicológicos e sociais -, caracterizando-o como um fenômeno biopsicossocial, deve ser considerado. Os agentes de saúde

e os profissionais de enfermagem devem ser instrumentalizados para construírem uma melhor compreensão do contexto biopsicossocial em que os idosos se encontram inseridos. O vínculo entre os profissionais da saúde e os membros da comunidade, população de idosos e seus familiares deve ser um dispositivo desencadeador da desmistificação do envelhecer na comunidade, para que ações preventivas e educativas acerca da saúde do idoso possam ser realmente efetivas. Nesse contexto, a psicologia poderia auxiliar na capacitação das práticas de saúde pública do idoso, procurando motivar e conscientizar os agentes de saúde e profissionais de enfermagem sobre sua importância no desenvolvimento saudável e não-saudável do envelhecimento.

Sugere-se que mais estudos sobre as concepções de profissionais da saúde pública sobre o envelhecimento e sobre suas práticas sejam conduzidos. De acordo com Bezerra *et al.*¹³, a realização de pesquisas com este foco de investigação pode contribuir para a implementação de políticas públicas, principalmente no que concerne à formação e à capacitação de pessoal. Reforça-se, então, a necessidade de, além da incompatibilidade econômica, também se olhar e se preocupar com a qualidade dos recursos humanos representados pelos agentes comunitários de saúde e profissionais de enfermagem, os quais estão se deparando cada vez mais com aspectos do envelhecimento saudável e não saudável em suas comunidades e territórios de ação.

Colaboradores

RP Fonseca, CM Trentini, F Valli e RAN da Silva participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Couillard MP. Bien vieillir: une action commune. *Vie et Vieillissement* 2005; 4(1,2): 3-4.
2. Schoenenberger AW, Stuck AE. Health care for older persons in Switzerland: a country profile. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54(6): 986-990.
3. Henrard J, Ankri J. *Vieillissement grand âge et santé publique*. Paris: ENSP; 2003.
4. Higginson IJ, Koffman J. Public health and palliative care. *Clin Geriatr Med* 2005; 21(1):45-55.
5. Chaimovicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31(2):184-200.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2000*. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
7. Marziale MHP. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(6):701-702.
8. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 839-847.
9. Brasil. Senado Federal. *Estatuto do idoso – cidadania, mesmo que tardia*. Brasília: Senado Federal; 2004.
10. Wanless D. *Securing good health for the whole population: final report*. London: HM Treasury; 2004.
11. Denoyer M. *Dictionnaire des termes sanitaires et sociaux*. Paris: Masson; 1999.
12. Potter PA, Perry AG. *Soins infirmiers*. Montreal: Beauchemin; 2003.
13. Bezerra AFB, Santo ACG, Batista Filho M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(5):809-815.
14. Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):333-345.
15. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.
16. Silva MJ, Rodrigues RM. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [periódico na Internet] 2000; 2(1): [cerca de 12 p.]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>
17. Giacomini KC, Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa, MF. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(1):80-91.
18. Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(2):311-318.
19. Telarolli Júnior R, Machado JCMS, Carvalho F. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 1996; 30(5):485-498.
20. Clark-Carter D. *Doing quantitative psychological research: from design to report*. New York: Psychology Press; 2002.
21. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 1977.
22. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2):127-141.
23. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):773-781.
24. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 861-866.
25. Richard, L. Intervention de prévention et de promotion de la santé en milieu communautaire. *Vie et Vieillissement* 2003; 2(4):25-26.
26. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):347-355.
27. Loewenstein DA, Acevedo A, Agron J, Issacson R, Strauman S, Crocco E, Duara R. Cognitive profiles in Alzheimer's Disease and in mild cognitive impairment of different etiologies. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006; 21(5-6):309-315.
28. Mason A, Blackstock K, Cox S, Innes A, Smith A. Dementia services in rural areas: nursing implications. *Nursing Older People* 2005; 17(9):20-23.
29. Chapman DP, Williams SM, Strine TW, Anda RF, Moore MJ. Dementia and its implications for public health. *Prev Chronic Dis* 2006; 3(2):34-35.
30. Nubukpo P, Hartmann J, Clément J. Rôle de la personnalité dans la dépression du sujet âgé: différence entre dépression avec ou sans antécédents. *Psychol NeuroPsychiat Vieil* 2005; 3(1):63-69.
31. Pancrazi M, Métais P. Prise en charge non médicamenteuse dans les démences sévères. *Psychol NeuroPsychiat Vieil* 2005; 3(Suppl 1):42-50.
32. Diogo MJD. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004; 12(2):280-282.
33. King T. The escalating demand for long-term care. *Can Nurse* 2005; 101(6):11-15.
34. Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersectorialidade. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):363-372.
35. Maurer MS, Costley AW, Miller PA, McCabe S, Dubin S, Cheng H, Varela-Burstein E, Lam B, Irvine C, Page KP, Ridge G, Gurland B. The Columbia Cooperative Aging Program: an interdisciplinary and interdepartmental approach to geriatric education for medical interns. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54(3):520-526.
36. Zweig RA, Siegel L, Hahn S, Kuslansky G, Byrne K, FyffeD, Passman V, Stewart D, Hinrichsen GA. Doctoral clinical geropsychology training in a primary care setting. *Gerontol Geriatr Educ* 2005; 25(4):109-129.

Artigo apresentado em 02/03/2008

Aprovado em 04/03/2008

Versão final apresentada em 26/03/2008