

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**  
**Faculdade de Medicina de Botucatu**  
**Departamento de Saúde Pública**

**Virgílio Moraes Ferreira**

*Atitudes e Conhecimentos de Agentes Comunitários de  
Saúde em relação à Velhice*



Botucatu  
2011

**Virgílio Moraes Ferreira**

*Atitudes e Conhecimentos de Agentes Comunitários de  
Saúde em relação à Velhice*

Dissertação apresentada ao Departamento de  
Saúde Pública da Faculdade de Medicina de  
Botucatu para obtenção do título de Mestrado  
em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Adj. Tania Ruiz

Botucatu  
2011

Ficha catalográfica elaborada pela Seção Técnica de Aquisição e Tratamento da Informação  
Divisão Técnica de Biblioteca e Documentação - Campus de Botucatu - UNESP  
Bibliotecária responsável: *Sulamita Selma Clemente Colnago* – CRB 8/4716

Ferreira, Virgílio Moraes.

Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde em relação à velhice. - Botucatu, 2011

Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2011

Orientador: Tania Ruiz

Capes: 40602001

1. Idosos - Cuidados médicos. 2. Assistência à velhice

Palavras-chave: Agente comunitário de saúde; Atitudes e práticas em saúde; Conhecimentos ; Envelhecimento

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

**Virgílio Moraes Ferreira**

*Atitudes e Conhecimentos de Agentes Comunitários de  
Saúde em relação à Velhice*

**APROVADA POR:**

---

**Profa. Adj. Tania Ruiz**

---

**Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira**

---

**Prof. Dr. Gilberto Luppi dos Anjos**

**Botucatu / SP  
2011**

---

*Dedicatória*

---

## *Dedicatória*

*Aos meus pais, Milton e Nilva, pelo incentivo e apoio incondicionais. Com vocês aprendi a não desistir, apesar das adversidades;*

*À minha esposa Ana e nosso filhote Daniel, que compreenderam minhas ausências nas idas a Botucatu. Vocês são a inspiração para todos os meus dias.*

*À minha irmã Nalygia, pela amizade e palavras, sempre tão sinceras.*

*Aos meus avós, pelos exemplos de honestidade e bravura em tempos tão difíceis.*

# *Agradecimientos*

---

## *Agradecimentos*

*A Jesus, meu maior Mestre, com quem tenho aprendido a dar passos de humildade e perseverança;*

*Aos meus familiares, que mesmo distantes, sempre torceram por mim;*

*À Professora e orientadora Tania Ruiz, pelos ensinamentos, paciência e enorme competência;*

*Aos Agentes Comunitários de Saúde, pela colaboração com a produção de conhecimento científico;*

*A todos os colegas que trabalham na Estratégia Saúde da Família, pela receptividade em cada uma das unidades em que estive para realização da pesquisa;*

*Aos funcionários da USF Vila Altaneira, minha segunda família;*

*Aos pastores da Comunidade Cristã Novo Tempo, pelas orações;*

*Aos queridos Professores Dr. Rigolin e Dra. Fátima Adriana, pela amizade, incentivo e os valiosos ensinamentos sobre Medicina e Geriatria, desde a época da Residência em Saúde da Família;*

*Aos Professores Maria José S. Marin e Valdemar Pereira de Pinho, pelas excelentes contribuições para finalização da dissertação;*

*Aos amigos que fiz em Botucatu: Fabiana, Maria Amélia e Orion;*



*Ao amigo e fisioterapeuta Paulo Rocha Jr, que me apresentou à Professora Tania Ruiz;*

*À Secretaria Municipal de Saúde de Marília, que permitiu minha liberação para realização do Mestrado;*

*Aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Marília, que colaboraram com uma série de informações, indispensáveis em minha pesquisa;*

*Aos funcionários da Seção de Pós-graduação da Unesp – Botucatu, pela ótima receptividade;*

*Aos funcionários e docentes do departamento de Saúde Pública da Unesp – Botucatu, pela acolhida e orientações;*

*Às bibliotecárias da Unesp – Botucatu, pela atenção com que realizaram a revisão bibliográfica.*

*Epígrafe*

---

Não sei...  
Não sei... se a vida é curta...  
Não sei...  
Não sei...  
se a vida é curta  
ou longa demais para nós.  
Mas sei que nada do que vivemos  
tem sentido,  
se não tocarmos o coração das pessoas.  
Muitas vezes basta ser:  
colo que acolhe,  
braço que envolve,  
palavra que conforta,  
silêncio que respeita,  
alegria que contagia,  
lágrima que corre,  
olhar que sacia,  
amor que promove.  
E isso não é coisa de outro mundo:  
é o que dá sentido à vida.  
É o que faz com que ela  
não seja nem curta,  
nem longa demais,  
mas que seja intensa,  
verdadeira e pura...  
enquanto durar.

Cora Coralina

*Resumo*

---

## RESUMO

FERREIRA, Virgílio Moraes. **Atitudes e Conhecimentos de Agentes Comunitários de Saúde em relação à velhice**. Marília, 2011. 119p. (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2011.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), considerado protagonista do atual cenário de reorganização da atenção primária à saúde no Brasil, é o elemento de integração entre as equipes e a comunidade onde reside. O envelhecimento populacional faz com que saber entender e relacionar-se com os idosos se torne um desafio para esse personagem na boa execução de suas funções. Assim, é fundamental sabermos o que os ACS pensam e conhecem sobre o idoso e sobre o envelhecimento. Nosso estudo tem os objetivos de descrever e analisar o perfil sociodemográfico, a experiência de convivência e trabalho com idosos, as atitudes em relação à velhice e os conhecimentos que os ACS de Marília-SP têm sobre o envelhecimento. Foi realizado um estudo transversal, de caráter descritivo onde se entrevistaram os 213 agentes comunitários das 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 29 Unidades de Saúde da Família (USF) de Marília. Os dados foram coletados através de um questionário sociodemográfico e dois instrumentos: uma escala de atitudes em relação à velhice e um questionário para avaliar conhecimentos gerontológicos. Os resultados mostraram que o quadro de ACS de Marília é formado predominantemente por adultos jovens, do sexo feminino, casados, com mais de 12 anos de escolaridade e inseridos nesta atividade há mais de 6 anos. Verificamos que a maioria dos profissionais relatou experiência com grupo de idosos e convivência intra-domiciliar com pessoas desta faixa etária, porém menos da metade referiu capacitação no tema “envelhecimento”. Comparando UBS e USF, nas primeiras, onde a população idosa é maior, os ACS são de faixa etária mais alta, têm mais tempo de trabalho, maior convivência intra-domiciliar com idosos, mais experiência com grupos de idosos e referem mais capacitação em envelhecimento. Quanto às atitudes em relação à velhice, as avaliações positivas dos ACS ocorreram principalmente em aspectos como a sabedoria e generosidade dos idosos, porém ainda são marcantes atitudes negativas como lentidão e rigidez. Nas unidades de saúde com percentual menor de idosos, as atitudes foram significativamente mais positivas. Avaliando os conhecimentos em gerontologia, o número de acertos foi baixo e esteve diretamente associado às capacitações recebidas pelos ACS. As análises permitiram ainda observar estereótipos em relação ao idoso, na medida em que muitos profissionais os consideram insatisfeitos e dependentes. Enfim, mudar as atitudes e melhorar o conhecimento que se tem acerca desta fase da vida são essenciais no enfrentamento das demandas advindas do envelhecimento. Qualificar a formação do ACS dentro destas propostas é fundamental no cuidado ao idoso na atenção primária.

**Palavras-chave:** agente comunitário de saúde; conhecimentos, atitudes e práticas em saúde; envelhecimento.

# *Abstract*

---

## **ABSTRACT**

Community Health Agents (CHAs), considered to be protagonists in the present scenario of primary health care reorganization in Brazil, are the elements of integration between the teams and the community where they reside. Population ageing makes knowing, understanding and relating to the elderly a challenge to these players in the performance of their duties. Hence, it is fundamental to know what CHAs think and know about the elderly and ageing. Our study aimed at describing and analyzing the socio-demographic profile of CHAs, their experience of being and working with the elderly, their attitudes in relation to old age and the knowledge that CHAs from Marília-SP have about ageing. A cross-sectional descriptive study was conducted in which the 213 community agents from the 12 primary care units (UBS) and the 29 Family Health Units (UFS) in Marília were interviewed. Data were collected by means of a socio-demographic questionnaire and two instruments: a scale of attitudes in relation to old age and a questionnaire to evaluate gerontological knowledge. Results showed that the team of CHAs predominantly comprises young adults who are married, have attended school for longer than 12 years and have worked in this activity for over 6 years. It was observed that most of the professionals reported to have experience with the group of elderly people as well as intradomiciliary contact with individuals at that age range. However, fewer than half of the CHAs reported to have been trained on the topic of “ageing”. By comparing UBSs and USFs, in the former, where the elderly population is larger, the CHAs are older, have been working longer, have more intradomiciliary contact with the elderly and more experience with elderly groups. They also report to have been better trained on ageing. Concerning attitudes in relation to old age, the CHA’s positive evaluations occurred particularly in relation to aspects such as the elderly people’s wisdom and generosity; however, negative attitudes, such as those related to older people’s slowness and strictness are still remarkable. At the health care units with a lower percentage of elderly people, attitudes were significantly more positive. When gerontology knowledge was evaluated, the number of correct answers was low, and it was directly associated with the training received by the CHAs. The analyses also made it possible to observe stereotypes in relation to the elderly, since many professionals viewed them as dissatisfied and dependent. Finally, changing attitudes and improving the knowledge concerning this phase of life are essential in coping with the demands stemming from ageing. Qualifying CHA’s training within these proposals is fundamental in providing care for the elderly in primary level.

**Key words:** community health agent; knowledge, attitudes and practices in health care; ageing.

*Resumen*

---



## **RESUMEN**

El Agente Comunitario de Salud (ACS), considerado como protagonista del actual escenario de reorganización de la atención primaria a la salud en Brasil, es el elemento de integración entre los equipos y la comunidad donde reside. Con el envejecimiento de la población saber entender y relacionarse con los ancianos resulta un reto para el profesional que procura ejecutar bien sus funciones. Así, es fundamental que sepamos qué los ACS piensan y saben acerca del anciano y del envejecimiento. Nuestro estudio tiene los objetivos de describir y analizar el perfil sociodemográfico, la experiencia de convivencia y trabajo con los ancianos, las actitudes en relación con la vejez y los conocimientos que los ACS de Marília-SP tienen acerca del envejecimiento. Se realizó un estudio transversal, de carácter descriptivo en que se entrevistó a 213 agentes comunitarios de las 12 Unidades Básicas de Salud (UBS) y 29 Unidades de Salud de la Familia (USF) de Marília. Los datos fueron compilados con la ayuda de un cuestionario sociodemográfico y de dos instrumentos: una escala de actitudes en relación con la vejez y un cuestionario para evaluar los conocimientos gerontológicos. Los resultados mostraron los ACS de Marília son predominantemente adultos jóvenes, del sexo femenino, casados, con más de 12 años de escolaridad y desarrollando esta actividad desde hace más de 6 años. Nos enteramos de que la mayoría de los profesionales relataron experiencia con grupos de ancianos y convivencia intradomiciliaria con personas de este grupo de edad, pero menos de la mitad probó tener capacitación con personas en el tema envejecimiento. Comparando UBS y USF, en las primeras, donde la población anciana es mayor, los ACS pertenecen a un grupo de edad más alto, tienen más tiempo de trabajo, mayor convivencia intradomiciliaria con ancianos, más experiencia con grupos de ancianos y más capacitación en envejecimiento. En cuanto a las actitudes en relación con la vejez, las evaluaciones positivas de los ACS tocaron sobre todo aspectos como la sabiduría y la generosidad de los ancianos, pero aún están fuertemente presentes actitudes negativas como lentitud y rigidez. En las unidades de salud con porcentaje menor de ancianos, las actitudes fueron significativamente más positivas. Evaluando los conocimientos en gerontología, el número de aciertos fue bajo y estuvo directamente asociado a las capacitaciones recibidas por los ACS. Los análisis han permitido aun observar estereotipos en relación con el anciano, porque muchos profesionales los consideran insatisfechos y dependientes. En fin, cambiar las actitudes y mejorar el conocimiento que hay acerca de esa fase de la vida son esenciales en el enfrentamiento de las demandas ligadas al envejecimiento. Cualificar la formación del ACS dentro de estas propuestas es fundamental en el cuidado del anciano en la atención primaria.

Palabras clave: agente comunitario de salud; conocimientos, actitudes y prácticas en salud; envejecimiento.

## *Lista de Siglas*

---

## **LISTA DE SIGLAS**

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>CIAPE</b>	Centro Interdisciplinar de Assistência e Pesquisa em Envelhecimento
<b>COMAP</b>	Conselho Municipal de Avaliação e Pesquisa
<b>DRS</b>	Direção Regional de Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>FAMEMA</b>	Faculdade de Medicina de Marília
<b>NIEC</b>	Núcleo de Informação, Educação e Comunicação
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>SES</b>	Secretaria Estadual de Saúde
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UNESP</b>	Universidade Estadual Paulista
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família

*Lista de Tabelas*  
*Lista de Gráficos*  
*Lista de Quadros*  
*Lista de Figura*

---

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 –	Dados sociodemográficos dos Agentes Comunitários de Saúde de UBS e USF. Marília, 2010.....	61
Tabela 2 –	Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo respostas à questão sobre convívio intra-domiciliar atual ou prévio com idosos. Marília. 2010 .....	63
Tabela 3 –	Distribuição dos ACS segundo respostas à questão sobre experiência com grupo de idosos. Marília. 2010	64
Tabela 4 –	Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo respostas à questão sobre capacitação em envelhecimento. Marília, 2010. ....	64
Tabela 5 –	Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde de unidades com menor e maior número de idosos segundo respostas à questão sobre capacitação em envelhecimento. Marília, 2010.....	65
Tabela 6 –	Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde de unidades com menor e maior número de idosos segundo respostas “experiência com grupo de idosos”. Marília, 2010. ....	65
Tabela 7 –	Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde de UBS e USF segundo as atitudes positivas e negativas. Marília, 2010. ....	74
Tabela 8 –	Escore obtidos dos Agentes Comunitários de Saúde de UBS e USF, em cada um dos domínios da escala de atitudes. Marília, 2010. ....	75
Tabela 9 –	Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde de unidades com menor e maior número de idosos segundo o número de profissionais com atitudes positivas e negativas. Marília, 2010.....	76
Tabela 10 –	Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo os acertos no questionário de conhecimentos e participação em capacitação em envelhecimento. Marília 2010.....	86
Tabela 11 –	Acertos dos Agentes Comunitários de Saúde de UBS e USF no questionário de conhecimentos sobre gerontologia. Marília, 2010.....	87

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Agentes Comunitários de Saúde distribuídos segundo faixas etárias e sexo, Marília, 2010.....	59
Gráfico 2 – Frequência de respostas afirmativas para questões relacionadas ao idoso.....	62
Gráfico 3 – Percentual de Agentes Comunitários de Saúde com respostas positivas, negativas e neutras para o conceito “O idoso é” (Domínio Cognição). Marília, 2010.....	70
Gráfico 4 – Percentual de Agentes Comunitários de Saúde com respostas positivas, negativas e neutras para o conceito “O idoso é” (Domínio Agência). Marília, 2010.....	71
Gráfico 5 – Percentual de Agentes Comunitários de Saúde com respostas positivas, negativas e neutras para o conceito “O idoso é” (Domínio Relacionamento Social). Marília, 2010.....	72
Gráfico 6 – Percentual de Agentes Comunitários de Saúde com respostas positivas, negativas e neutras para o conceito “O idoso é” (Domínio Persona). Marília, 2010.....	72

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Domínios e itens da Escala de Atitudes em relação à velhice.....	55
Quadro 2 – Percentual da população com idade maior ou igual a 60 anos de idade nas unidades de saúde de Marília-SP .....	57
Quadro 3 – Atitudes negativas e positivas do Agente Comunitário de Saúde (médias dos escores encontrados no instrumento de avaliação) em relação à velhice. Marília, 2010.....	74
Quadro 4 – Porcentagem de acertos por item do questionário de conhecimentos. ....	84

## LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Distribuição das unidades da rede de atenção básica do município de Marília-SP .....	50
---	----

## *Sumário*

---

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	23
1 INTRODUÇÃO .....	26
1.1 Envelhecimento populacional .....	26
1.2 Velho e velhice.....	29
1.3 Atitudes .....	33
1.4 Atitudes em relação à velhice.....	36
1.5 Conhecimentos em relação à velhice .....	39
1.6 O Agente Comunitário de Saúde e o Idoso .....	41
2 OBJETIVOS .....	47
3 METODOLOGIA .....	49
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	59
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	92
REFERÊNCIAS .....	95
ANEXOS .....	106





*A árvore da vida, Portinari, 1957*

## Apresentação

---

## **APRESENTAÇÃO**

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada às escolhas que fiz no âmbito profissional.

A saúde pública e comunitária apareceu inicialmente em minha vida no ano de 2003. Logo após a graduação em Medicina, pela Universidade Federal de Juiz de Fora, ingressei na I Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Foi uma experiência particular, pois fomos inseridos no contexto da abertura de uma Unidade de Saúde da Família, tendo participado da entrevista de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde, do cadastramento das pessoas e famílias daquela área de abrangência e de todo um processo que envolvia a criação de vínculos com aqueles usuários, até então assistidos por um modelo tradicional de atenção primária.

A aproximação com os Agentes Comunitários de Saúde foi muito interessante e importante em minha inserção naquele novo espaço. Como moradores da área, conheciam a profundidade das relações entre as pessoas que ali viviam, as potencialidades e vulnerabilidades dos grupos. Vivemos, logo no início das atividades, a personificação do que é ser o elo entre a comunidade e a equipe de saúde.

Após alguns anos de trabalho no Programa Saúde da Família, atendendo e convivendo com diferentes pessoas e famílias, senti a necessidade de ampliar meus conhecimentos na área geriátrica. As crescentes demandas de assistência e as particularidades na avaliação clínica desta faixa etária fizeram com que eu enveredasse por tudo aquilo que cerca a velhice. Em 2007, inscrevi-me na pós-graduação em Geriatria pelo Centro Interdisciplinar de Assistência e Pesquisa em Envelhecimento (CIAPE) em Belo Horizonte-MG. Neste mesmo ano, iniciei o estágio em Geriatria e Gerontologia da FAMEMA, onde durante um ano realizei atividades teórico-práticas.

Em 2009 surgiu a oportunidade de cursar o Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual Paulista (UNESP). Optei, então, por aliar as duas temáticas de meu interesse: a atenção primária à saúde e o envelhecimento. Com foco na figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como recurso humano indispensável ao modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF), dispus-me a analisar a imagem que este profissional tem do idoso, bem como avaliar seus conhecimentos acerca do processo de envelhecimento.



*O velho guitarrista. Picasso, 1903*

# 1 Introdução

---

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Envelhecimento populacional

Segundo Camarano (2006), ainda é muito recente a preocupação com os aspectos demográficos do envelhecimento no Brasil, datando de pouco mais de 20 anos a entrada desta temática na agenda de pesquisas dos estudiosos da demografia no país.

Primeiramente, é fundamental a distinção entre envelhecimento das pessoas e o da população. Para Moreira (1998), o indivíduo envelhece à medida que a sua idade aumenta, enquanto a população envelhece à medida que a idade média da população que a compõe aumenta. Em essência, a população envelhece ao aumentar o peso relativo dos idosos no total da população. Para este autor, uma medida mais adequada do envelhecimento populacional é aquela que incorpora as mudanças na participação relativa do grupo etário idoso e, concomitantemente, considera as variações do grupo mais jovem.

Kalache (1987) postula que os fatores determinantes do envelhecimento, a nível populacional, são ditados, fundamentalmente, pelo comportamento de suas taxas de fertilidade e, de modo menos importante, de suas taxas de mortalidade. O envelhecimento é, então, dependente, inicialmente de uma queda da fertilidade, que produzindo um menor ingresso de crianças na população, diminui a proporção de jovens na mesma. Este processo, dinâmico, em que a queda na fertilidade é seguida por quedas na mortalidade, é conhecido como “transição demográfica”, termo que foi proposto pelo americano Warren Thompson em 1929 (LOTUFO, 2010). Importante ressaltar ainda o fenômeno migratório como determinante para o envelhecimento de algumas populações. No Brasil, citamos a região do Jequitinhonha/Mucuri, em Minas Gerais, que nos anos setenta apresentou altas taxas de perda populacional em função das migrações (SANTANA, 2002).

O processo de envelhecimento no Brasil mostra seus primeiros sinais no final do século XIX, quando se inicia um declínio nas taxas de mortalidade, sendo mais pronunciado nos anos 40. Como as taxas de fecundidade ainda eram altas neste período e a redução da mortalidade era, sobretudo, a infantil, a população brasileira apresentou considerável crescimento vegetativo, porém sem grandes alterações na estrutura etária. O envelhecimento populacional se dará, no entanto, apenas a partir de 1960, quando se observa o declínio das taxas de fecundidade em algumas regiões mais desenvolvidas do país, se estendendo após a década de 70 para as demais regiões brasileiras, tanto áreas rurais quanto urbanas, e a todas as classes sociais. Em 1980 já era nítido o estreitamento da base da pirâmide etária brasileira (CHAIMOWICZ, 1997).

O Brasil é considerado hoje um “jovem país de cabelos brancos” (VERAS, 2009). São cerca de 650 mil novos idosos acrescentados à população brasileira a cada ano. O número de idosos saltou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008 – aumento de quase 700% em menos de 50 anos. Uma das explicações para este fenômeno é o aumento da esperança de vida ao nascer, que segundo a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios no ano de 2007, aumentou 3,4 anos de 1997 para 2007, alcançando os 72,7 anos (IBGE, 2008). Projeções mais conservadoras apontam que, em 2020, já seremos o sexto país do mundo em número de idosos, com 30 milhões de pessoas, representando 15% da população (VERAS, 2009).

Dentro desta população idosa no país devem ser destacadas algumas características. No tocante às faixas etárias encontradas a partir dos 60 anos, o segmento que mais cresce em número é o dos “muito idosos”, ou seja, daqueles com 80 anos ou mais, que em 2050 corresponderá a 28% do total de idosos (NASRI, 2008). Fenômeno ainda bastante interessante é a feminização da velhice, devido à mortalidade menor na população feminina, que representou 55% do montante de idosos no censo de 2000. Apesar de viverem mais que

os homens, as mulheres idosas passam por um período maior de debilitação física antes da morte, tornando-se mais dependentes de cuidado. Além disso, tornam-se progressivamente provedoras de seus lares, assumindo muitas vezes o papel de cuidadoras (CAMARANO, 2006).

Além disso, é também crescente o número de idosos que vivem sozinhos, principalmente entre os “muito idosos” e as mulheres. Segundo pesquisas recentes, viver só se deve mais às melhorias nas condições de saúde e avanços tecnológicos, tais como nos meios de comunicação e transporte, podendo representar um estágio temporário no ciclo da vida e mesmo preferências pessoais (CAMARANO, 2006). O aumento da expectativa de vida tem gerado o fenômeno das famílias intergeracionais, sendo que em 2007 continham 33,7% de pessoas com 60 anos ou mais nos domicílios. Os idosos têm ainda arcado com grande parte das despesas familiares, pois em 53% dos domicílios, suas rendas representam mais da metade do total da renda domiciliar (IBGE, 2008-pnad 2007).

O rápido processo de envelhecimento da população brasileira, diferente do que aconteceu com a europeia, trouxe em menos de 40 anos o fenômeno de transição epidemiológica. Isso modificou um cenário de mortalidade onde predominavam doenças infecto-contagiosas, próprias de jovens, para um quadro de aumento das doenças complexas e onerosas, mais comuns em idosos. Dados do estudo “Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009” revelam que 75,5% das pessoas com mais de 60 anos referiram possuir ao menos uma doença crônica. Além disso, o estudo mostra que o idoso consome mais os serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior devido à multiplicidade de patologias, quando comparado às outras faixas etárias (IBGE, 2010b).

Segundo Veras (2009), a ampliação do número de idosos e a maior utilização do sistema de saúde, consequência do maior tempo de vida e das múltiplas patologias crônicas,

têm se configurado como o grande gargalo e desafio do sistema de saúde. O sistema de captação desta clientela é considerado precário, pois deveria seguir critérios de gravidade, o que muitas vezes não ocorre, fazendo com que o primeiro atendimento aconteça em fases avançadas das patologias, aumentando custos e reduzindo prognóstico. O autor aponta que a efetividade e eficiência de determinado modelo de atenção à saúde do idoso vai depender da aplicação de todos os níveis de prevenção e de um fluxo bem desenhado de ações de educação, de promoção à saúde, de prevenção de doenças evitáveis, de postergação de moléstia e de reabilitação de agravos.

## **1.2 Velho e Velhice**

Para Papaléo Netto (2006), envelhecimento, velhice e velho ou idoso constituem um conjunto, cujos componentes estão intimamente relacionados. Como admite a maioria dos biogerontologistas, o envelhecimento é uma fase de todo um continuum que é a vida, começando esta com a concepção e terminando com a morte. Diferente do que acontece em outras fases da vida, como a puberdade, que tem a menarca como um marcador nas mulheres, o envelhecimento não possui um marcador biofisiológico de seu início. O autor o define como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte. Menciona, no entanto, não haver consciência clara de que, por meio de características físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, possa ser anunciado o início da velhice.



Segundo Beauvoir (1990), nada deveria ser mais esperado e, no entanto, nada é mais imprevisto que a velhice. Para a autora, a morte, apesar de amedrontar a muitos, parece ser vista até com maior lucidez, se comparada ao envelhecimento.

Para Jardim (2006), delimitar velhice através de conceituações não é fácil, pois requer amplo conhecimento de como os idosos estão inseridos no processo de construção social. A visão puramente biológica significa incorrer em erro de demarcação meramente cronológica, tratando-se a população idosa de forma homogênea, não se considerando os aspectos do contexto sociocultural em que os idosos estão inseridos. Neste sentido, Debert (1999) aponta que a tentativa de desconstrução da velhice como uma experiência homogênea tem sido a característica marcante da produção acadêmica recente voltada para a experiência de envelhecimento, sobretudo na antropologia e na sociologia.

No campo sociológico, segundo Siqueira (2001), teorias são elaboradas, contribuindo com o processo de construção social da velhice. Dentre as principais, destaca-se a teoria da atividade, na qual tem se baseado a maioria das propostas de ações voltadas ao público denominado “terceira idade”. Seu pressuposto básico é a de que o declínio em atividades físicas e mentais, geralmente associado à velhice, é fator dominante nas doenças psicológicas do idoso. A teoria do desengajamento representou a primeira tentativa de explicar o processo de envelhecimento e as mudanças nas relações entre indivíduo e sociedade. Tal teoria trata de enfatizar as questões de afastamento do idoso do prisma da funcionalidade como algo natural e espontâneo; mútuo, ou seja, a sociedade se afasta dos idosos na mesma proporção em que estes se afastam da sociedade, e universal, na medida em que tal processo atua como pré-requisito funcional para a estabilidade social. Apesar de muito criticada, a teoria do desengajamento teve profundo impacto no campo da gerontologia.

Sob a perspectiva antropológica, afirma-se que a idade é uma construção social. Gusmão (2001) afirma que alguém pode ser socialmente velho sem estar biologicamente

velho ou vice-versa, ou, ainda, um fato pode corresponder ao outro. Conclui ainda que a velhice e o envelhecimento na sociedade moderna são partes de um processo contraditório gestado pelo sistema social em que o velho transita entre ser e não ser parte integrante das relações sociais, ter e não ter um lugar e um papel que diga de si e diga de sua experiência consolidada pela comunidade.

Conforme Beauvoir (1990), além de ser considerado um fenômeno biológico e com consequências psicológicas, a velhice detém uma dimensão existencial, modificando a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história. A velhice, entretanto, não apresenta realidade bem definida. Até mesmo nas sociedades primitivas, a condição dos idosos não pode ser simplificada. O velho nessas sociedades é um sub-homem, quando é visto como incapaz e inútil, e como super-homem, quando assume os papéis de intercessor e mágico. O destino dos idosos depende em grande parte de suas capacidades, do prestígio e das riquezas que essas capacidades lhes proporcionaram. Assim, o destino de idosos socialmente privilegiados difere do destino do homem comum.

Segundo Silva (2008), a noção de velhice como etapa diferenciada da vida surgiu na transição entre os séculos XIX e XX, como parte tanto de um processo histórico amplo – que envolve a emergência de novos estágios da vida como infância e adolescência –, quanto de uma tendência contínua em direção à segregação das idades na família e no espaço social. Para esta mesma autora, dois fatores se destacam como fundamentais e determinantes nesse processo: a formação de novos saberes médicos que investiam sobre o corpo envelhecido e a institucionalização das aposentadorias.

No tocante aos novos saberes citados por Silva (2008), a medicina moderna reconstrói o corpo baseando-se na anatomia patológica e a velhice passa a ser entendida como um estado fisiológico específico, cujas principais características se agrupam sob o signo da

senescência. Surge a geriatria e a formulação da ideia de degeneração corporal com o envelhecimento. Lasslett (1991) destaca a importância, em termos de imaginário cultural, da metáfora médica da velhice, cuja principal consequência foi produzir a identificação entre velhice e doença.

Referente ao segundo fator associado ao surgimento da velhice, a institucionalização da aposentadoria, Silva (2008) aponta que sua consequência fundamental foi a associação inequívoca entre velhice e invalidez. Nesse sentido, ser aposentado é ser efetivamente inválido, incapaz e ocioso. A instituição da aposentadoria também contribuiu para a caracterização da velhice como categoria política. O aposentado, assim, é o sujeito de direito, detentor de privilégios sociais legítimos.

Outro aspecto interessante é a condição de avô/avó, apontada por Walsh (2001), que satisfaz em grande parte o desejo de sobreviver do ser humano, auxiliando a aceitação de sua própria mortalidade. Tal processo, segundo o autor, constitui-se em um “novo arrendamento da vida”, proporcionando o estímulo à revivescência das próprias experiências anteriores de criação dos filhos, sendo valiosas na revisão e aceitação da própria vida, especialmente das satisfações e conquistas como pais, assim como de qualquer desapontamento ou fracasso.

A situação de doença e dependência do indivíduo idoso, além de ser temida por quem está envelhecendo, traz grande ansiedade aos outros membros da família. Conforme Walsh (2001), no âmbito conjugal, a doença de um dos cônjuges pode provocar desequilíbrio no relacionamento, de tal maneira que as capacidades do parceiro podem se esgotar se não encontrar apoio externo.

Segundo Lesbaupin e Malerbi (2006), a viuvez tem sido associada a sentimentos de solidão na velhice, a partir das sensações que tais indivíduos têm de não mais ser compreendido pelos outros como era pelo(a) parceiro(a). A perspectiva da viuvez é uma

grande preocupação das mulheres de meia-idade. Além de sua maior probabilidade de enviuvar, as mulheres têm recursos financeiros mais limitados e menor probabilidade de encontrarem um novo parceiro (WALSH, 2001).

### **1.3 Atitudes**

No contexto da Psicologia Social, as atitudes têm se revelado como uma de suas questões centrais. Esta tem sido uma área fértil para a pesquisa, não apenas em Psicologia, mas nas diversas áreas que se propõem a estudar o comportamento humano.

Partindo para as definições de atitude, a literatura apresenta material vasto acerca da temática, não possuindo conceituação unívoca. De acordo com Cavazza (2005), o termo atitude foi usado pela primeira vez em 1918, pelos sociólogos Thomas e Znaniecki, em estudo sobre camponeses poloneses. Foi inicialmente definida como o processo da consciência individual que determina a ação, algo muito inovador para a época, já que a Sociologia era dominada pela negação que Durkheim havia oposto à noção de “estado psicológico”, como possível explicação para o comportamento humano. Mas foi em 1935, com o primeiro manual de Psicologia Social, que Allport (1935 apud CAVAZZA, 2005) faz ser reconhecida de maneira plena a utilidade dessa construção na explicação do comportamento humano. A atitude passa a ser vista como o conceito mais distintivo e indispensável da Psicologia Social contemporânea.

Segundo Lambert e Lambert (1981), atitude é uma maneira organizada e coerente de pensar, sentir e reagir a pessoas, grupos, problemas sociais ou, de maneira geral, a qualquer acontecimento no ambiente. Neste sentido, as atitudes servem para organizar a compreensão do mundo e dos fatos ao redor, auxiliando o homem a se posicionar, de forma mais ou menos coerente, em relação a eles (BRAGHIROLI, PEREIRA, RIZZON, 1994).

Para Ajzen (2001), a atitude representa uma avaliação sumária de um objeto psicológico, segundo dimensões bipolares, como por exemplo, bom/mau, benéfico/maléfico e capaz/incapaz. Para este mesmo autor, a ideia que considera haver um único tipo de atitude acerca de determinado objeto é simplista, pois as pessoas podem ter simultaneamente dois tipos de atitudes sobre um objeto num mesmo contexto, uma atitude implícita e outra explícita. Considerando ainda haver diferentes contextos associado a um mesmo objeto, fica evidente que as atitudes são múltiplas.

Conforme Cohen e Musil (2005), a atitude é uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido, que predispõe a uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a este objeto.

Cavazza (2005) afirma que atualmente a maior parte dos estudiosos compartilha uma posição que concebe as atitudes como construções com base em mais de um componente. Esta concepção de atitudes como a avaliação global de um objeto, deriva de três fontes de informação: respostas afetivas, cognitivas e comportamentais. Esta ideia é, no entanto, antiga. Para Krech, Crutchfield e Ballachey (1969), a atitude possui três componentes: a) cognitivo, que inclui as crenças acerca de um objeto; b) emocional, referente às emoções e sentimentos ligados ao objeto da atitude e c) tendência à ação, incorporando a disposição comportamental do indivíduo a responder ao objeto.

Segundo Lambert e Lambert (1981), uma atitude se forma quando os componentes supracitados estão de tal modo inter-relacionados, que as tendências de reação e os sentimentos específicos se tornam coerentemente associados ao objeto de atitude. As atitudes se desenvolveriam quando se enfrenta os ambientes sociais, adaptando-se a eles. Criadas as atitudes, as mesmas passam a regular os modos de reagir, facilitando o ajustamento social. Em estágios iniciais do desenvolvimento das atitudes, os componentes podem até ser modificados por novas experiências, porém o estímulo constante a reações padronizadas

fazem com que, na consolidação de uma atitude, o indivíduo fique excessivamente pronto a classificar pessoas ou acontecimentos de acordo com padrões, de forma a deixar de se reconhecer individualidade ou singularidade.

Na origem das atitudes, Braghirolli, Pereira e Rizzon (1994) destacam que as mesmas são aprendidas e formadas desde muito cedo, na infância, sob influência da família, considerada o maior agente formador das atitudes. Além da família, são grandes influenciadores os amigos, professores, religião, meios de comunicação, etc.

Para Osgood, Suci e Tannenbaum (1971), atitudes são processos implícitos, aprendidos e avaliativos, possuindo uma dimensão de intensidade e direção, sendo assim, mensuráveis.

A mensuração das atitudes é considerada um processo fundamental na pesquisa científica. Dentre suas finalidades destacam-se: comparar indivíduos e grupos, registrar as mudanças individuais e grupais de atitude, além da identificação de diferenças de extremismos de atitude (BRAGHIROLI, PEREIRA e RIZZON, 2005).

Segundo Krech, Crutchfield e Ballachey (1969), a mensuração de determinantes psicológicos como as atitudes, dá-se indiretamente. As atitudes só podem ser medidas a partir de inferências obtidas nas respostas do indivíduo com relação ao objeto, através de suas ações exteriores e suas afirmações verbais de crença, sentimento e disposição para agir em relação ao objeto.

Conforme Lambert e Lambert (1981), os psicólogos sociais criaram várias técnicas sistemáticas para inferir e medir atitudes. A utilidade de determinado instrumento estaria associado à capacidade de registrar de maneira precisa as variações em quantidades, de forma que os elementos medidos possam ser comparados e colocados numa ordem. Além da impossibilidade de se fazer aferições diretas, os autores apontam outro problema específico

dos instrumentos de medida: a dificuldade na precisão de um instrumento dado à constante mudança nas pessoas e nas atitudes de um período para outro.

#### **1.4 Atitudes em Relação à Velhice**

Quando se fala em significados da velhice, é imprescindível focar as atitudes que se tem em relação a este período da vida do ser humano. Como existe uma íntima relação entre estes dois processos, não se pode admitir haver uma única atitude em relação à velhice na medida em que o envelhecimento é visto como um fenômeno dotado de várias possibilidades e significados. Segundo Cachioni (2002), a literatura sobre atitudes em relação à velhice reflete uma dupla realidade, quando mostra que as atitudes não são uma questão de tudo ou nada e nem apenas de avaliações positivas ou negativas, mas sim a expressão de avaliações complexas e com muitas faces.

Como foi pontuado anteriormente, um dos componentes da atitude é o cognitivo, representado pelas crenças acerca de determinado objeto. Segundo Neri (2006), tais crenças podem se referir tanto a fatos objetivos ou teorias quanto a percepções parciais, intuições, ilusões e distorções cognitivas. É a partir daí que surgem os preconceitos e estereótipos, temáticas tão frequentes quando se fala em atitudes em relação à velhice.

As crenças em relação à velhice podem ser equivocadas por processos tanto de super-generalização quanto por super-simplificação. Na super-generalização atribui-se a todos os membros do grupo uma característica observada em um número reduzido de indivíduos. Cita-se a falsa crença de que todas as pessoas envelhecem do mesmo jeito, que os idosos não têm nada a contribuir para a sociedade e de que a velhice é a melhor idade da vida. Na super-simplificação são selecionadas e realçadas algumas características reais ou presumidas, como se fossem os únicos atributos que definem os idosos. Trata-se do estereótipo, que faz com que

os idosos sejam tidos como impicantes, solitários, dependentes ou mesmo que todos idosos sejam sábios (NERI, 2006).

Segundo Palmore (1999), em 1969, Robert Butler introduziu o termo “ageism”, definido como o processo de estereotipagem e discriminação de pessoas, relacionado à idade. A partir dos anos 80, o interesse nessa temática aumentou tanto que as publicações sobre “ageism” começaram a ocupar mais espaço que o sexismo e o racismo. Este fenômeno se justifica, além do aumento considerável da população idosa, pela associação do “ageism” a questões éticas, sociais e democráticas, como a desmoralização pessoal, a pressão pela retirada do mercado de trabalho e o julgamento que não é baseado em méritos individuais.

Para Palmore (1998) as causas para o “ageism” em relação ao idoso são individuais, sociais e culturais. Nos aspectos individuais inclui-se a personalidade autoritária, que tende a ter preconceito contra uma variedade de minorias, incluindo os idosos. No nível social, a modernização, as mudanças da sociedade pré-industrial para a industrial, a tecnologia da automação contribuíram para a diminuição da demanda por trabalhadores idosos, reduzindo o *status* social do idoso. E no âmbito cultural, a linguagem, humor, música, artes e literatura também reforçam os estereótipos negativos em relação aos idosos.

Conforme Neri (2006), os preconceitos e estereótipos são fenômenos multifacetados, constituintes do tecido das relações sociais e de difícil operacionalização. Os motivos desses preconceitos, no contexto brasileiro, seriam:

- a) Medo da morte e falta de um ponto de vista existencial sobre a morte que dê sentido à existência e à velhice.
- b) Medo da dependência e do declínio que antecede a morte.
- c) Sentimentos negativos em relação ao baixo *status* socioeconômico, à dependência física, cognitiva e econômica, aos problemas de saúde e à solidão associados à velhice.



- d) Super-valorização da produtividade, da velocidade, da autonomia, da novidade, da transitoriedade e da juventude na sociedade de consumo.
- e) Descontinuidade cultural que implica a interrupção das oportunidades e a perda de papéis e de posição social, na passagem da vida adulta para a velhice.
- f) Relações disfuncionais entre os idosos e os não-idosos e dos idosos consigo mesmos, mediadas por danos à autoestima e ao autoconceito, acarretadas pela descontinuidade de papéis e posições sociais.
- g) Consideração de que os idosos são um ônus para a sociedade e para suas famílias.
- h) O poder político e econômico desfrutado por uma parcela dos idosos é fonte de frustração e de inveja para os mais jovens que aspiram ascender ao seu lugar.
- i) Como a coletividade, no Brasil, os idosos ainda têm pouco poder político em virtude do baixo nível educacional da maioria, o qual determina que não reconheçam e que não façam reconhecer seus direitos como cidadãos e que aceitem a discriminação como algo inescapável.
- j) A ideologia dominante entre os profissionais dos campos social e da saúde, de que a velhice é um problema médico-social, reflete-se nas políticas públicas. Estas disseminam a noção de que o idoso brasileiro é frágil e por isso deve ser tutelado pela medicina e pelas instituições sociais. Ao fazê-lo, criam ou acirram preconceitos entre os mais jovens, que também se veem à margem dos benefícios sociais que deveriam garantir vida digna a todos os cidadãos, independente da idade.
- k) Divulgação da noção de que a adoção de medidas individuais, tais como controle dietético, cuidados com a saúde, estilo de vida ativo e envolvimento social, é garantia de velhice bem-sucedida e de que, assim, envelhecer bem é

uma questão de responsabilidade individual, sem a correta divulgação de que o efeito dessas variáveis é moderado por fatores intrínsecos, situacionais ou de história de vida. Um resultado disso pode ser a transformação dos idosos socialmente desfavorecidos de vítimas em culpados.

### **1.5 Conhecimentos em relação à velhice**

Sendo as atitudes socialmente aprendidas, a educação desempenha um papel central em qualquer projeto de mudança de atitudes em relação à velhice. Para Whitaker (2010), este processo deve ser iniciado na própria escola, que deve ser chamada a colaborar na compreensão deste “novo” ator social, o idoso, junto às crianças e adolescentes.

Segundo Neri (2006), trata-se de um empreendimento de longo prazo, porém com grandes possibilidades de promover novos comportamentos, novas formas de pensar valores, crenças e expectativas sociais e individuais sobre a velhice.

Segundo Cachioni e Neri (2004), graças à emergência da velhice como fenômeno social, a gerontologia vem crescendo e se transformando numa área especializada do saber e de intervenção que agrega profissionais de diversas disciplinas e profissões. Papaléo Netto (2006) a define como uma disciplina científica multi e interdisciplinar, cujas finalidades são o estudo das pessoas idosas, as características da velhice enquanto fase final do ciclo de vida, o processo de envelhecimento e seus determinantes biopsicossociais. Para Martins de Sá (2006), a gerontologia se coloca entre as “ciências tecnológicas”, suscitando estreita relação entre teoria e prática, se propondo não só a interpretar o velho e o processo de envelhecimento, mas a agir, intervindo.

A interdisciplinaridade, de acordo com Mendes, Lewgoy e Silveira (2008), vai além de uma justaposição ou adição de diferentes ângulos sobre determinados objetos de

análise. A sua complexidade consiste justamente na sua própria construção, que é impregnada por trocas e articulações mais profundas entre os diferentes participantes. O debate sobre interdisciplinaridade surge, enfim, como crítica à fragmentação do saber e da produção de conhecimento (MOTTA, CALDAS, ASSIS, 2008).

Para Marin et al (2008), atuar junto à população idosa significa pautar-se na integralidade do cuidado e na lógica da vigilância da saúde visando à promoção, prevenção, cura e reabilitação das condições de saúde. Os profissionais de saúde devem assumir um dimensionamento ampliado e, muitas vezes, distinto das bases de formação que por muitos anos vem privilegiando o tecnicismo e deixando margens pouco definidas e, portanto, conflituosas, ao implementar o trabalho interdisciplinar.

Considerando que garantir a autonomia e independência do ser que envelhece seja tarefa primordial na atenção ao idoso, é imprescindível o preparo/capacitação dos profissionais da saúde, uma vez que estes estão envolvidos diretamente no cuidado.

Conforme Martins et al (2007), capacitação implica despertar no profissional da saúde o reconhecimento do idoso cidadão, tanto de sua realidade social quanto de saúde, bem como das tecnologias existentes, dos recursos disponíveis e dos dispositivos legais como instrumentos factíveis para o desenvolvimento de ações de saúde. Portanto, o profissional deve estar preparado para reconhecer no idoso a potencialidade para o autocuidado, a necessidade de interdependência para o cuidado e a importância de preservar a autonomia.

Em 2006, o Brasil aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, tendo como diretrizes a formação e educação permanente dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) na área de saúde da pessoa idosa, com vistas à atuação sobre dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento de fragilidades da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006a). O próprio Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), em seu

artigo 18 postula que as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais.

Para o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos especializados, a Política Nacional de Saúde do Idoso conta com a participação do Ministério da Educação e das instituições de ensino superior, por intermédio dos centros colaboradores de geriatria e gerontologia. Embora esses órgãos tenham a função específica de capacitar os profissionais para prestar a devida cooperação técnica demandada pelos diferentes níveis de gestão, a formação dos profissionais na área da saúde do idoso, na realidade, se depara com vários obstáculos que comprometem a competência e qualidade da assistência prestada a essa clientela (DIOGO, 2004).

## **1.6 O Agente Comunitário de Saúde e o idoso**

O processo de municipalização da saúde tem investido na ampliação do atendimento por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, e da Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994, considerados portas de entrada ao sistema de saúde. Esses programas buscam a relação mais pessoal dos profissionais com os usuários, com capacidade resolutiva de 80% das demandas da população. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vêm se constituindo, nesses programas, como segmento efetivo do trabalho em saúde, representando novos atores nos cenários da assistência.

Desde a implantação do PACS, os agentes comunitários de saúde vêm se organizando em busca do reconhecimento legal da profissão. Com a expansão do Programa Saúde da Família e consequente incorporação destes profissionais nas equipes, houve uma ampliação das aspirações do reconhecimento de sua identidade profissional e de seus direitos

trabalhistas e sociais. Este processo culminou na publicação da Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002, que criou a profissão de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004a).

Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Estratégia Saúde da Família. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde. Assim, os agentes comunitários de saúde 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, 2004b).

O histórico de cobertura da Atenção Básica e Saúde da Família mostram que em dezembro de 2009 havia 234.767 ACS, distribuídos em 5.349 municípios do país (BRASIL, 2010).

Como diretrizes do PACS estão: o ACS deve trabalhar com adstrição de famílias em base geográfica definida; deve ser responsável pelo acompanhamento de no máximo 150 famílias ou 750 pessoas; ser selecionado, no próprio município, com assessoria da Secretaria Estadual de Saúde (SES); ser morador da área onde exercerá suas atividades há pelo menos 2 anos; saber ler e escrever; ser maior de 18 anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades (BRASIL, 1997b).

O ACS é um cidadão que emerge das comunidades e se integra às equipes de saúde, sem trazer qualquer bagagem cultural ou técnica, específicas a essa área. Esse papel lhe é conferido pela instituição executora das políticas públicas de saúde, dando-lhe acesso a novas práticas, mediante incipientes dinâmicas de capacitação. Tal processo envolve uma parceria com outros espaços institucionais pertinentes ao contexto social onde esse agente atuará (BACHILLI, SCAVASSA, SPIRI, 2008).

Refletir acerca dos sentidos de *ser agente* permite perceber que a constituição do ACS como tal caracteriza-se como um processo, ou seja, não existe um agente comunitário de saúde *a priori*, mas ele se constitui agente a partir de suas vivências no cotidiano do trabalho que, por sua vez, é contextualizado sócio-historicamente (PUPIN, CARDOSO, 2008).

Para Feuerweker e Almeida (2000), os ACS são profundos conhecedores da realidade local, pois são parte da comunidade. Conhecem valores, linguagem, modos de organizar a vida, caminhos, perigos e oportunidades. São uma possibilidade muito especial de trazer para dentro das equipes de saúde o olhar da população, um olhar que revela necessidades de um ponto de vista diferente e que, portanto, abre as portas para um universo novo de intervenção.

Segundo Silva e Dalmaso (2002), é possível a identificação de dois componentes ou dimensões principais da proposta de atuação do ACS: um estritamente técnico, relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias, a intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos. Outro mais político, porém não apenas de solidariedade à população, da inserção da saúde no contexto geral de vida, mas também, no sentido de organização da comunidade, de transformação dessas condições.

São atribuições específicas dos ACS: 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 possam ser potencializados pela equipe (BRASIL, 2001a).

Como atribuições específicas no trato com a pessoa idosa, os ACS são responsáveis por 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 (BRASIL, 2006).

O estudo de Nardi e Oliveira (2008), realizado com cuidadores familiares de idosos dependentes do interior do Paraná, mostrou que, dentre os profissionais integrantes da Estratégia Saúde da Família, o ACS foi a figura mais relatada pelos cuidadores de idosos, ou seja, que apresentou uma maior frequência nas ações, configurando-se então em um maior vínculo com a família e um importante membro no apoio social.

No tocante à formação/capacitação do ACS, 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 através de capacitações denominadas “Treinamentos Introdutórios”, implementados pelos Pólos de Educação Permanente em Educação da Saúde da Família (BARROS, 2006). 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 (BRASIL, 2004a).

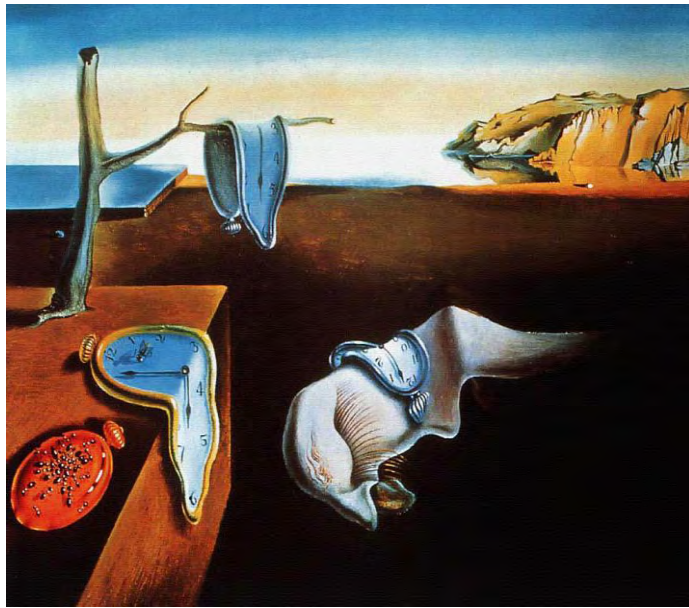
O curso técnico do ACS foi estruturado pelo Ministério da Saúde em três etapas sequenciais, totalizando uma carga horária de 1200 horas, assim distribuídas: Etapa I – 400 horas, sem exigência de escolaridade, com o objetivo de desenvolver o perfil social do Técnico Agente Comunitário de Saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS; II – 600 horas, qualificação profissional de nível técnico, exigindo conclusão do Ensino Fundamental e voltada à promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigida a indivíduos e grupos específicos e às doenças prevalentes; Etapa III – 200 horas, habilitação técnica, exigindo a conclusão do ensino médio e com a finalidade de consolidar os temas da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário (BARROS et al, 2010).

Em Marília-SP, foi realizada apenas a primeira etapa do curso técnico de ACS, em junho do ano de 2006.

Em estudo de Bezerra et al (2005), os ACS de Camaragibe relataram que gostariam de saber “tudo” sobre o idoso e envelhecimento. Isto aponta o complexo contexto a que estes profissionais estão expostos, exigindo investimentos no processo de formação dos profissionais por parte do poder público.

Partindo da concepção do envelhecimento como fenômeno demográfico e um objeto complexo, e estando o Agente Comunitário de Saúde inserido neste cuidado, o estudo das atitudes sobre o envelhecimento pode trazer luz ao melhor conhecimento das relações que se estabelecem entre o idoso e o referido profissional, com grandes reflexos no cuidado prestado junto à pessoa idosa.





*A persistência da memória. Salvador Dalí, 1931*

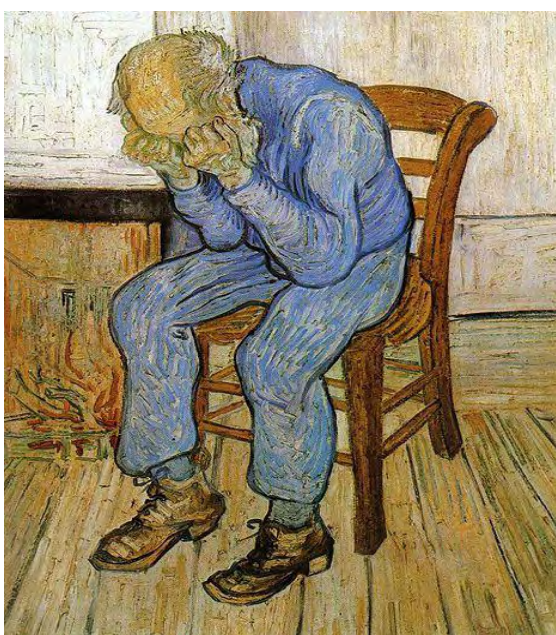
## 2 Objetivos

---

## **2 OBJETIVOS**

Descrever e analisar os seguintes aspectos da vida e experiência dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Marília-SP:

1. Dados sociodemográficos
2. Experiência de convivência e trabalho com grupos de idosos
3. Atitudes em relação à velhice
4. Conhecimentos básicos sobre a velhice



*Nos portões da eternidade. Vincent Vang Gogh, 1890*

## 3 Metodologia

---

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, desenvolvido na cidade de Marília-SP, município situado no Centro-Oeste Paulista, com população estimada para o ano de 2009 de 225.938 habitantes (IBGE, 2009). Segundo dados do Censo Demográfico de 2000, Marília contabiliza 20.666 idosos, representando 10,5 % do total de residentes (IBGE, 2010a).

O município compõe a área de abrangência da Direção Regional de Saúde de Marília (DRS – IX). Ao final de 2009, a Rede Municipal de Saúde estava constituída por:

- 30 Unidades da Estratégia Saúde da Família – USF;
- 12 Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde – UBS/EACS;
- 02 Serviços de Pronto Atendimento, sendo 01 (um) 24 horas;
- 01 Policlínica de especialidades;
- 01 Banco de Leite Humano;
- 01 Equipe do Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROIID);
- 01 Unidade de Prevenção e Educação em Saúde - UPES;
- 01 Serviço de Atendimento Especializado – SAE/DST/AIDS;
- 01 Centro de Atendimento Psicossocial -CAPS II;
- 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST;
- 01 Centro de Atendimento a Obesidade Infantil de Marília – CAOIM;
- 01 Centro de Especialidades Odontológicas - CEO;
- 01 Serviço de Assistência Social – Serviço Social em Saúde;
- 01 Núcleo de Educação Permanente – NEPEM;
- 01 Unidade Central de Assistência Farmacêutica – UCAF;
- 01 Unidade Municipal de Fisioterapia;
- 01 Farmácia de Manipulação – Fito-Saúde;
- 01 Farmácia Popular do Brasil;
- 01 Unidade Central de Esterilização de Materiais – UCEM;
- 01 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU – 192;
- 01 Central de Transporte Social

A figura 1 mostra a distribuição espacial das Unidades de Saúde da Rede de Atenção Básica do município de Marília.

# Distribuição das Unidades da Rede de Atenção Básica do município de Marília-SP

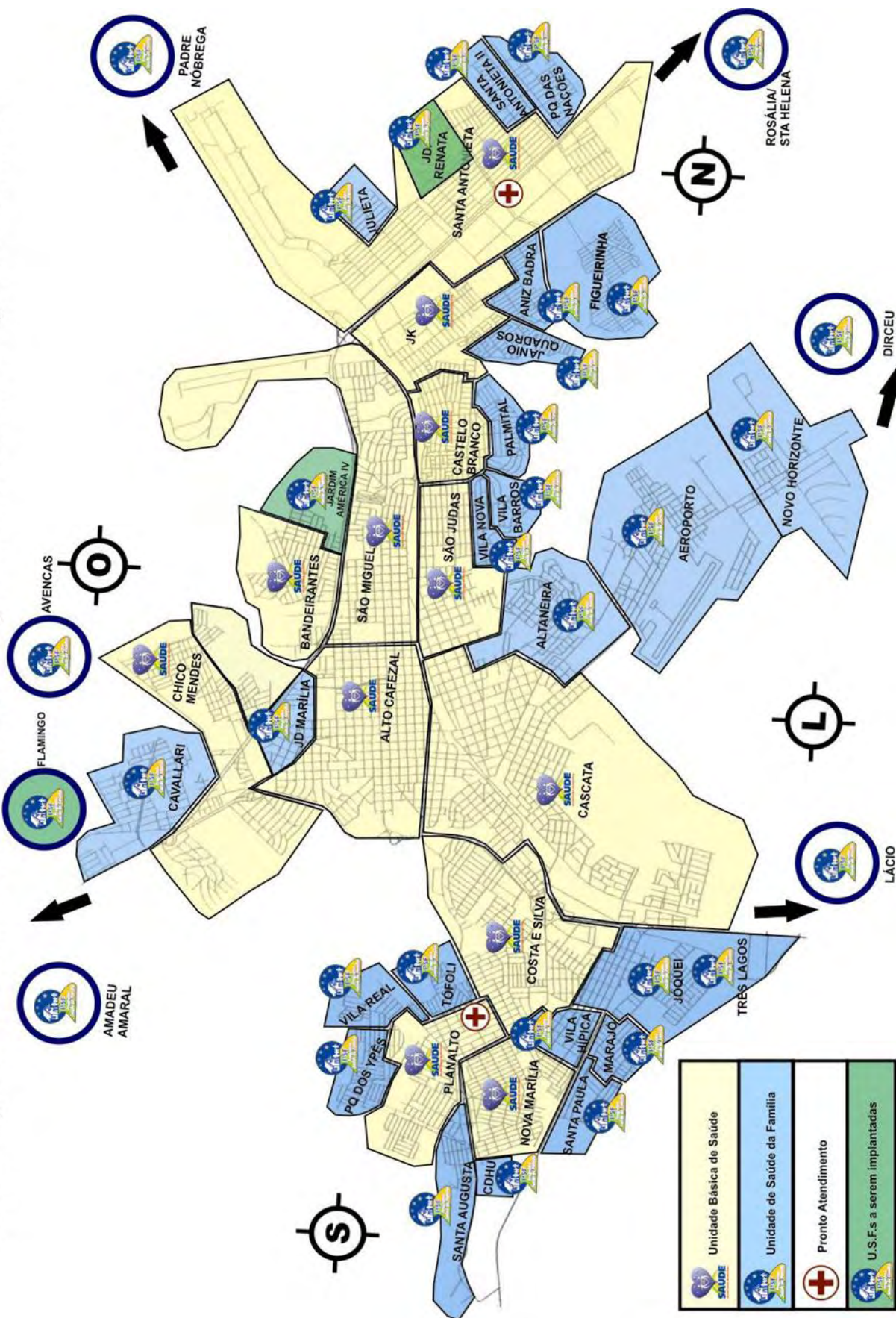


Figura 1 – Distribuição das unidades da rede de Atenção Básica do município de Marília – SP  
 Fonte: Coordenação da Atenção Básica – NIEC – SMS/2008

Quanto à cobertura populacional do município de Marília, segundo dados do SIAB/IBGE de 2010, a Estratégia Saúde da Família é responsável pela cobertura de 35% da população mariliense e as Unidades Básicas de Saúde por 39,1%, sendo que 25,9% da população não se encontra cadastrada no SIAB (MARILIA, 2010).

As unidades de saúde, UBS/USF, constituem-se, para sua área de abrangência, como maior porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde, ficando claramente estabelecido que cada unidade é responsável pelos riscos e agravos à saúde que ocorram em sua área, devendo ser capaz de identificar os problemas de saúde mais relevantes, quais os indivíduos ou grupos mais suscetíveis ao risco de adoecer e/ou morrer, assim como planejar e executar ações mais adequadas para o seu enfrentamento, considerando desde a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação até a manutenção da saúde. Fica sob sua responsabilidade a articulação com os diversos equipamentos sociais, tais como: escolas, creches, asilos, sociedades de amigos de bairro, grêmios recreativos, ambientes de trabalho, entre outros, que estejam localizados em sua área de abrangência (bairro ou conjunto de bairros). É nelas que se dá o primeiro contato e onde se estabelece o maior vínculo da equipe de saúde com a população usuária do sistema (MARILIA, 2008).

Nas UBS do município, a equipe é composta por uma enfermeira gerente, enfermeiras assistenciais, clínicos gerais, pediatras, ginecologistas, dentistas, psicólogo, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliar de escrita, funcionários para serviços gerais e agentes comunitários de saúde. Em algumas UBS, ainda há profissionais que atendem também usuários de todas as regiões do município, como farmacêuticos, fonoaudiólogos, oftalmologistas e endodontistas. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2006b), uma UBS deve atender até 30 mil habitantes dentro de seu território.

Nas USF, a equipe é formada por um médico, um enfermeiro, um dentista, três auxiliares ou técnicos de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais, um auxiliar de saúde

bucal, um auxiliar de escrita e agentes comunitários de saúde. Cada equipe é responsável por acompanhar de 3 a 4 mil e 500 pessoas em um território.

Nas UBS do município de Marília, apesar de observarmos alguns avanços como a incorporação do PACS, que trouxe benefícios, na medida em que as ações dos ACS permitem maior proximidade com a comunidade e a intermediação das ações de saúde, ainda há dificuldades. Constata-se maior fragmentação das ações e a dificuldade de instituir o trabalho em equipe, por contarem com profissionais especialistas e com carga horária parcial. Nas UBS, as reuniões de equipe são esporádicas e nelas nem sempre é possível a participação de todos os profissionais, dificultando uma maior integração da equipe e envolvimento com as necessidades de saúde das pessoas, família e comunidade.

A Estratégia Saúde da Família é considerada a principal ferramenta na reorganização da assistência à saúde, a qual vinha apresentando características curativistas, tecnicistas, biologicistas e individuais, centradas na figura do médico. Suas diretrizes operacionais têm caráter substitutivo às práticas tradicionais das unidades básicas de saúde (SOSSAI, 2008). Nas USF, observa-se a preocupação da equipe em imprimir uma nova lógica de atenção por meio do trabalho em equipe e do claro reconhecimento das necessidades de saúde das pessoas e da comunidade, uma vez que desenvolvem as ações em uma área adstrita de menor dimensão. Dentro da Estratégia Saúde da Família em Marília, há o cumprimento de carga horária de 40 horas semanais e reuniões de equipe semanais.

Em Marília, o PACS foi implantado em 1998 em duas Unidades Básicas de Saúde. Em novembro do mesmo ano, o município implantou o Programa de Saúde da Família, com quatro equipes. A partir daí, verificamos em Marília um processo de expansão do PACS para as demais UBS, a implantação de novas USF e a transformação de algumas Unidades Básicas de Saúde em Unidades de Saúde da Família. Em todas as unidades de saúde

de Marília são encontrados os agentes comunitários de saúde, cujas atribuições são as preconizadas pelo Ministério da Saúde, independente do tipo de unidade (UBS ou USF).

Atualmente, verificamos em Marília um número deficiente de ACS devido a não conclusão de concurso público, que interrompeu a contratação dos profissionais. Por isso, os Agentes Comunitários de Saúde remanescentes em cada uma das unidades vem sendo responsáveis por um número de famílias bem superior ao recomendado pelo Ministério da Saúde. Os dados mostraram que nas Unidades Básicas de Saúde, a mediana do número de famílias sob a responsabilidade de cada ACS é de 215,4 famílias, com média igual a 223,4. Já nas Unidades de Saúde da Família, a mediana do número de famílias sob a responsabilidade de cada ACS é de 207,2 famílias, com média igual a 248,1. Assim, parece não haver, no tocante ao número de famílias a serem visitadas, diferença significativa entre os dois modelos de atenção primária em Marília.

Os sujeitos da pesquisa foram os 213 ACS da totalidade das 12 UBS e 29 USF, contabilizadas à época do projeto de pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília e pelo Conselho Municipal de Avaliação e Pesquisa (COMAP) (ANEXO 1). A participação foi voluntária após leitura e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 2), sendo respeitada a confiabilidade dos dados individuais dos participantes, sem causar qualquer dano.

Fez parte do formulário de pesquisa um questionário informativo levantando dados sociodemográficos (idade, gênero, estado civil, anos de escolaridade, anos de trabalho como ACS, renda familiar em salários-mínimos<sup>1</sup>) e três questões dicotômicas avaliando a convivência e experiência com grupo de idosos e capacitação prévia em saúde do idoso (ANEXO 3).

---

<sup>1</sup> Em 2010, o salário-mínimo brasileiro equivalia a quinhentos e dez reais.



Para a comparação das variáveis sociodemográficas, as mesmas foram divididas em duas categorias, com base nas médias e medianas, que nosso estudo se aproximaram.

Assim, a idade dos Agentes Comunitários de Saúde foi dividida em até 40 e maiores que 40 anos; a escolaridade em até 12 e maiores que 12 anos; tempo de trabalho como ACS em até 6 e maiores que 6 anos, e renda familiar em até 3 e maiores que 3 salários-mínimos. Além disso, o estado civil foi categorizado em “casados” e “não-casados”.

Para avaliar as atitudes em relação à velhice foi utilizada uma escala diferencial semântica (NERI, 1991, 1995), que foi validada em várias pesquisas (CACHIONI, 1999; CACHIONI, 2002; PEREIRA DA SILVA, 1999; RESENDE, 2001). Este instrumento atende ao objetivo de se determinar a direção e intensidade de eventos, como as atitudes. A “Escala de Atitudes em Relação à Velhice” é composta por 30 pares de adjetivos com significados opostos, sendo que os sujeitos foram convidados a responder por escrito assinalando o ponto correspondente a sua avaliação, item a item, numa gradação de cinco pontos ancorada pelos dois adjetivos opostos. O escore para cada par de adjetivos corresponde ao número sob o ponto assinalado (por exemplo: sábio 1..2..3..4..5 tolo), exceto quando o par de adjetivos se inicia por um de caráter negativo (desconfiado, por exemplo), quando o escore corresponderá ao número diametralmente oposto.

A estrutura da escala compreende quatro domínios conceituais. O domínio cognitivo é relativo à capacidade de processamento da informação e de solução de problemas, com reflexos sobre a adaptação social (dez itens). O domínio de agência refere-se à autonomia e instrumentalidade para realização (seis itens). O domínio de relacionamento interpessoal cobre os aspectos afetivo-motivacionais, que se refletem na interação social (sete itens). O domínio *persona* (sete itens) diz respeito aos rótulos sociais comumente usados para designar ou discriminar pessoas idosas. Ver distribuição dos itens pelos domínios no Quadro 1 e escala na íntegra no Anexo 4.

Quadro 1 – Domínios e itens da Escala de Atitudes em relação à velhice

<b>Cognição</b>	<b>Agência</b>	<b>Relacionamento Social</b>	<b>Persona</b>
1.Sábio-tolo	6.Entusiasmado-deprimido*	2.Construtivo-destrutivo*	4.Aceito-rejeitado*
21.Claro-confuso*	11.Saudável-doentio*	3.Bem/mal-humorado	7.Integrado-isolado*
23.Preciso-impreciso*	13.Ativo-passivo	5.Confiante-desconfiado*	8.Atualizado-ultrapassado*
25.Concentrado-distraído	16.Esperançoso-desesperado	12.Cordial-hostil	9.Valorizado-desvalorizado
26.Rápido-lento*	18.Independente-dependente*	15.Interessado/desinteressado pelas pessoas*	10.Agradável-desagradável
27.Flexível-rígido	19.Produtivo-improdutivo	17.Generoso-mesquinho*	20.Progressista-retrógrado
28.Criativo-convencional		22.Condescendente-crítico	14.Sociável-introvertido
29.Persistente-inconstante			
30.Alerta- embotado*			
24.Seguro-inseguro*			

Os numerais à esquerda dos itens indicam sua ordem de aparecimento no instrumento.

(\*) na aplicação da escala, estes itens aparecem em ordem inversa.

Fonte: NERI, A.L. Envelhecer num País Jovem: Significados de Velho e Velhice Segundo Brasileiros Não-idosos. Campinas: Editora da Unicamp, 1991

Os resultados desta escala também foram categorizados. Para isso, cada Agente Comunitário de Saúde obteve uma média, calculada a partir da soma dos escores em cada um dos pares de adjetivos (por exemplo: sábio 1 2 3 4 5 tolo;  $\text{escore}=2$ ), dividida por 30, o número total de itens. As médias inferiores a 3 foram consideradas positivas, enquanto as maiores que 3, negativas. Quando procuramos associar estes dados com os demais, as médias iguais a 3, consideradas neutras, foram excluídas.

Buscando avaliar os conhecimentos básicos sobre velhice foi empregado o Questionário Palmore-Neri-Cachioni, validado em 2002 em uma amostra de 102 professores universitários dedicados à educação gerontológica (CACHIONI, 2002) (ANEXO 5). O questionário é uma versão traduzida e adaptada do Palmore Aging Quiz (HARRIS,

CHANGAS & PALMORE, 1996). Trata-se de 25 itens de múltipla escolha abordando conhecimentos gerais sobre o idoso e o processo de envelhecimento, cobrindo os domínios físico, cognitivo, psicológico e social. Os escores foram obtidos a partir do total de acertos por item e por domínio deste questionário (ANEXO 6).

Na questão número 19, que versa sobre o percentual de brasileiros acima de 60 anos, foram consideradas corretas a letra “a” (8,2%) e a letra “c” (13%), e não somente a letra “a”, conforme orienta a literatura à época da criação do questionário (CACHIONI, 2002). Esta alteração foi realizada no sentido de se considerar o registro mais atualizado (IBGE, 2009), 11,1%, mais próximo da alternativa “c”.

Para associação com as demais variáveis, o resultado do questionário recebeu uma categorização. Com base na mediana do número de acertos dos Agentes Comunitários de Saúde, os profissionais foram divididos em menores e maiores ou igual a 11 acertos.

Verificamos ainda o percentual da população idosa (maior ou igual a 60 anos) em todas as unidades de saúde estudadas, a partir de dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) de dezembro de 2010 (QUADRO 2). Encontramos nas UBS e USF médias percentuais respectivamente iguais a 17,7% e 10,8% de idosos. Para fins de comparação com as variáveis do estudo, as unidades de saúde foram divididas em duas categorias: unidades com menor e maior percentual de idosos. O percentual utilizado para tal categorização foi 12%, que se aproxima do atual percentual de idosos da população brasileira (IBGE, 2009).

Quadro 2 – Percentual da população com idade maior ou igual a 60 anos de idade nas unidades de saúde de Marília-SP

<i>UBS</i>	<i>% IDOSOS</i>	<i>USF</i>	<i>% IDOSOS</i>	<i>USF</i>	<i>% IDOSOS</i>
Chico Mendes	8,8%	CDHU	5,6%	Vila Barros	10,3%
Santa Antonieta	10,3%	Figueirinha	5,8%	Santa Augusta	10,4%
Planalto	10,7%	Jânio Quadros	6,6%	Marajó	11,3%
JK	10,9%	Tofoli	6,6%	Novo Horizonte	12,1%
Bandeirantes	14%	Julieta	7%	Avencas/Flamingo	13,3%
Nova Marília	15,2%	América IV	7,4%	Lácio/Amadeu Amaral	13,8%
Costa e Silva	16,9%	Vila Real	7,7%	Jóquei Clube	14,5%
Castelo Branco	21,5%	Cavalari	9%	Vila Hípica	15%
São Miguel	22,1%	Três Lagos	9%	Padre Nóbrega	15,3%
São Judas	24,8%	Parque das Nações	9,1%	Aeroporto	16%
Alto Cafezal	25,4%	Aniz Badra	9,2%	Vila Nova	16,1%
Cascata	32,4%	Santa Paula	9,3%	Altaneira	16,4%
		Parque dos Ipês	9,5%	Jardim Marília	16,6%
		Santa Antonieta II	10,1%	Rosália/Santa Helena	17,6%
		Palmital	10,2%		

UBS: Unidade Básica de Saúde

USF: Unidade de Saúde da Família

	Unidades com maior número de idosos (>12%)
	Unidades com menor número de idosos (<12%)

A significância estatística dos dados do estudo foi estipulada em 5% ( $p < 0,05$ ).

Para análise dos dados, foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 16.0 para Windows.



*Velho mendigo com um menino. Picasso, 1903*

## 4 Resultados e Discussão

---

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1.a Dados sociodemográficos

De um total de 238 Agentes Comunitários de Saúde de Marília, participou do estudo o universo de 213, sendo 112 em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 101 em Unidades de Saúde da Família (USF).

Noventa e quatro por cento e quatro décimos são mulheres. A maioria dos profissionais são casados (73,2%), 13,6% solteiros e 13,2% divorciados, separados ou viúvos.

A idade variou de 25 a 60 anos, com média de 38,9 anos  $\pm$ 7,68. A faixa etária entre 35 a 39 anos alcançou 25,4% dos ACS (Gráfico 1).

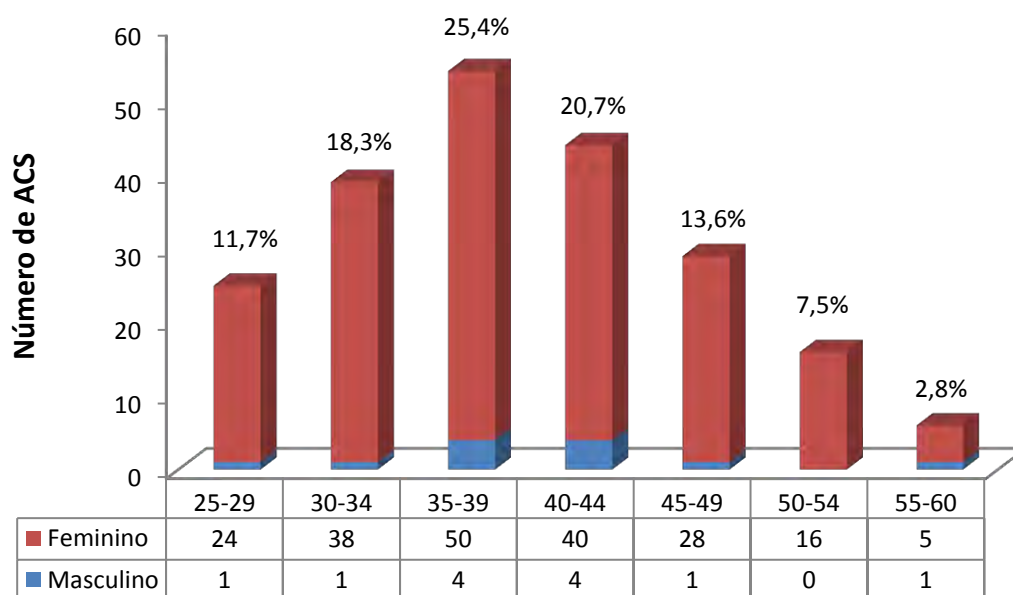


Gráfico 1 – Agentes Comunitários de Saúde distribuídos segundo faixas etárias e sexo, Marília, 2010.

Observou-se que nas USF os Agentes Comunitários de Saúde são mais jovens, pois o número de profissionais com idade menor ou igual a 40 anos é 2,2 vezes maior do que nas UBS, com significância estatística ( $p < 0,05$ ).

A escolaridade média foi de 12,8 anos  $\pm$  2,58, com variação de 5 a 25 anos. Dentre os Agentes Comunitários das UBS, 52,7% possuíam escolaridade menor ou igual a 12 anos, enquanto nas USF este índice foi de 50,5%. Ou seja, não encontramos diferenças quanto à escolaridade. Quando estamos diante dos Agentes Comunitários de Saúde com idade maior que 40 anos, a taxa de profissionais com escolaridade menor ou igual a 12 anos é de 53,5%, discretamente maior que os 50,4% dos profissionais com idade menor ou igual a 40 anos. Assim, também não encontramos diferenças quando buscamos associar escolaridade e idade.

De acordo com nosso estudo, o Agente Comunitário de Saúde trabalha nas unidades de saúde de Marília, em média, há 6,5 anos  $\pm$  2,09, variando de 1 a 11 anos. A análise mostrou que as UBS alocam profissionais que estão trabalhando há mais tempo nesta função. Nas UBS, o número de Agentes Comunitários de Saúde que trabalham há mais de 6 anos é 2 vezes maior que o daqueles que estão há menos de 6 anos nas unidades. A associação foi estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

Quanto à renda familiar, encontramos uma média de 3,4 salários-mínimos  $\pm$  1,46, que variou de 1,2 a 9,8 salários. Comparando os dois modelos de atenção primária no município, verificamos não haver diferenças quanto à renda, sendo as médias de 3,5 e 3,2 salários-mínimos nas UBS e USF, respectivamente. Observamos que dentre aqueles com renda familiar maior (superior a 3 salários), o número de casados foi 6,4 vezes maior que o de não-casados, o que pode ser explicado por complementação de renda proveniente do cônjuge.

A tabela 1 mostra a comparação das diferentes variáveis sociodemográficas para os modelos de atenção primária à saúde do município.

Tabela 1 – Dados sociodemográficas dos Agentes Comunitários de Saúde de UBS e USF. Marília, 2010.

	<b>Unidade</b>	<b>N</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>DP</b>	<b>MÁX</b>	<b>MEDIANA</b>	<b>MÍN</b>
<b>Idade</b>	UBS	112	40,41	7,88	60	40	26
	USF	101	37,38	7,15	57	36	25
<b>Escolaridade (em anos)</b>	UBS	112	12,79	2,44	21	12	5
	USF	101	12,84	2,74	25	12	5
<b>Tempo de trabalho (em anos)</b>	UBS	112	7,04	1,76	10	7	1
	USF	101	7,05	2,31	11	6	1
<b>Renda familiar (em salários- mínimos)</b>	UBS	112	3,54	1,54	9,80	3,23	1,47
	USF	101	3,26	1,35	7,84	3,13	1,24

DP: desvio-padrão

No questionário sociodemográfico, os Agentes Comunitários de Saúde responderam ainda sobre a experiência com grupos de idosos, capacitação prévia em envelhecimento e moradia atual ou anterior com pessoas idosas. O gráfico 2 mostra as frequências das respostas às questões. Nota-se que a capacitação em saúde do idoso é referida por menos da metade dos profissionais e que a experiência com grupos de idosos não passa de 60%.



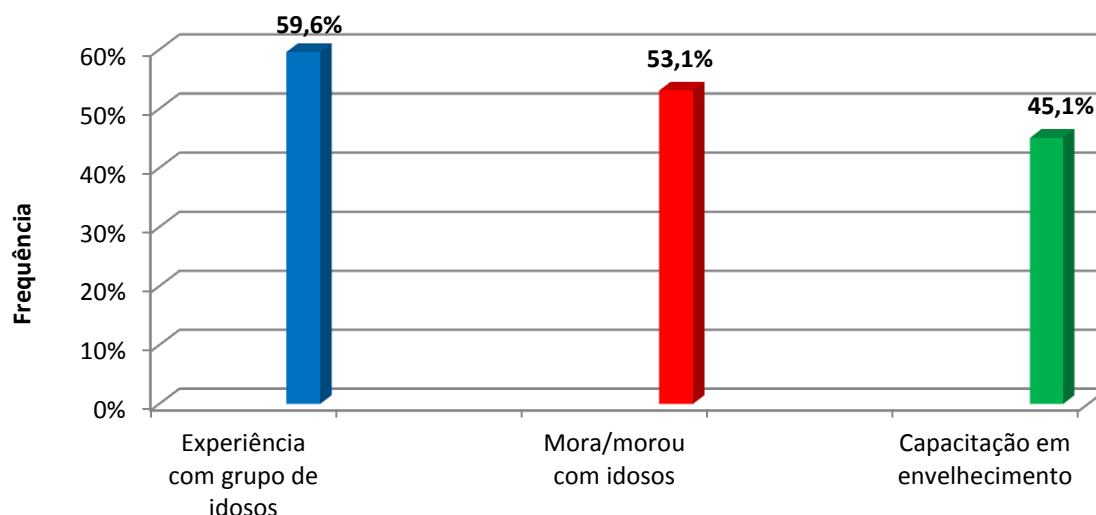


Gráfico 2 – Frequência de respostas afirmativas para questões relacionadas ao idoso

A análise mostrou que a experiência com grupos de idosos esteve associado à idade dos Agentes Comunitários. Os profissionais mais jovens têm menor experiência com grupos, com significado estatístico ( $p < 0,05$ ). Dentre os que referiram não ter experiência com grupos de idosos, houve um predomínio de indivíduos de 40 anos e menos de idade, numa frequência 2,1 vezes maior do que os com mais de 40 anos.

A experiência com grupos também apresentou associação com a capacitação em envelhecimento. No grupo que relatou experiência com grupos, houve um predomínio 48% maior de Agentes Comunitários de Saúde que possuíam capacitação em saúde do idoso. Verificou-se na associação, significância estatística ( $p < 0,05$ ).

A capacitação prévia em saúde do idoso teve associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) com a renda familiar. Os Agentes Comunitários de Saúde com maior renda familiar relataram mais capacitação em saúde do idoso. Dentre aqueles com capacitação, 60,4% possuíam renda familiar maior que 3 salários-mínimos.

Ao confrontarmos idade e capacitação em envelhecimento, verificamos que, dentre os mais jovens, houve uma frequência 48% maior de profissionais que relataram não ter capacitação em saúde do idoso ( $p = 0,07$ ).

Ao correlacionarmos a experiência com grupo de idosos e tempo de trabalho, verificamos que, do total dos Agentes Comunitários de Saúde que tinham maior tempo de trabalho (mais de 6 anos), o número daqueles com registro de experiência com grupos nesta faixa etária foi 81% maior do que aqueles sem experiência ( $p=0,06$ ).

Quando procuramos associações entre capacitação prévia e tempo de trabalho, obtivemos que, daqueles com capacitação, 60,4% tinham mais de 6 anos de trabalho ( $p=0,07$ ).

A escolaridade não teve grande influência no relato de ter experiência com grupos e ter recebido capacitação em envelhecimento. No montante de profissionais com experiência com grupo de idosos, 50,4% tinham escolaridade maior que 12 anos. E dentre aqueles que foram capacitados, 49% tinham maior escolaridade.

Comparamos também as respostas de Agentes Comunitários de Saúde de UBS e USF às questões referentes à convivência com idosos, experiência com grupos e capacitação em envelhecimento.

Dos Agentes Comunitários de Saúde com moradia atual ou prévia com idosos, o número de funcionários das UBS foi 51% maior do que nas USF (Tabela 2)

Tabela 2 – Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo respostas à questão sobre convívio intra-domiciliar atual ou prévio com idosos. Marília. 2010.

Mora/morou com idosos	Tipo de Unidade		Total
	UBS	USF	
<b>Sim</b>	68 (60,7%)	45 (44,6%)	113
<b>Não</b>	44 (39,3%)	56 (55,4%)	100
<b>Total</b>	112 (100%)	101 (100%)	213

$p<0,05$

Dentre os profissionais dotados de alguma experiência com grupos de idosos, observou-se que os trabalhadores das UBS eram 58% mais numerosos que os da USF. A tabela 3 aponta os dados.

Tabela 3 – Distribuição dos ACS segundo respostas à questão sobre experiência com grupos de idosos. Marília, 2010.

Experiência com grupos	Tipo de Unidade		Total
	UBS	USF	
<b>Sim</b>	78 (69,6%)	49 (48,5%)	127
<b>Não</b>	34 (30,4%)	52 (51,5%)	86
<b>Total</b>	112(100%)	101 (100%)	213

p<0,05

No grupo daqueles com capacitação prévia em envelhecimento, foi verificado que os das UBS são em número 82% maior que os das USF (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo respostas à questão sobre capacitação em envelhecimento. Marília, 2010.

Capacitação em saúde do Idoso	Tipo de Unidade		Total
	UBS	USF	
<b>Sim</b>	62 (55,4%)	34 (33,7%)	96
<b>Não</b>	50 (44,6%)	67 (63,3%)	117
<b>Total</b>	112(100%)	101(100%)	213

P<0,05

Ainda referente ao questionário sociodemográfico, procuramos saber se há diferenças nas respostas de Agentes Comunitários de Saúde de unidades segundo o percentual

de idosos em sua população adstrita.

Verificamos que, dentre os agentes de unidades com menor percentual de idosos, o número de profissionais que não participou de capacitação em envelhecimento foi 73% maior (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde de unidades com menor e maior número de idosos segundo respostas à questão sobre capacitação em envelhecimento. Marília, 2010.

Número de ACS	Capacitação em envelhecimento		
	NÃO	SIM	Total
<b>Unidades com menor população idosa</b>	64 (63,4%)	37 (36,6%)	101 (100%)
<b>Unidades com maior população idosa</b>	53(47,3%)	59 (52,7%)	112 (100%)
<b>Total</b>	117	96	213

P<0,05

A análise dos dados mostrou ainda que, dentre os Agentes Comunitários de unidades com maior percentual de idosos, o número de profissionais com experiência com grupo de idosos foi 2,1 vezes maior (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde de unidades com menor e maior número de idosos segundo respostas à questão “experiência com grupo de idosos”. Marília, 2010.

Número de ACS	Experiência com grupo de idosos		
	NÃO	SIM	Total
<b>Unidades com menor população idosa</b>	50 (49,5%)	51 (50,5%)	101 (100%)
<b>Unidades com maior população idosa</b>	36 (32,1%)	76 (67,9%)	112 (100%)
<b>Total</b>	86	127	213

P<0,05

Sintetizando, os profissionais de UBS, quando comparado com os de USF, têm 1,5 vezes maior convivência intra-domiciliar com idosos; 1,6 vezes maior experiência com grupos, e 1,8 vezes maior capacitação em envelhecimento. Nas três associações, houve significância estatística. Os profissionais de UBS têm maior convivência com idosos, maior capacitação em envelhecimento e maior experiência com grupos de idosos.

Além disso, os agentes comunitários residentes em áreas com maior população idosa têm maior experiência com grupos de idosos e os profissionais moradores das áreas menos povoadas por idosos referiram menor capacitação em envelhecimento.

#### **4.1.b Discussão**

Diante dos dados expostos no presente estudo, podemos afirmar que o quadro de ACS do município de Marília é formado essencialmente por mulheres adultas jovens e casadas.

Outros estudos também verificaram a preponderância do sexo feminino dentre agentes comunitários (KLUTHCOVSKY et al, 2002; FERRAZ, L; AERTS, D.R.G.C., 2005). Este fenômeno está ligado ao papel de cuidadora que a mulher desempenha na sociedade e ao próprio contexto histórico de criação do ACS no Brasil, que se deu a partir de um projeto emergencial de incorporação das mulheres nas frentes de combate à seca no Ceará (NASCIMENTO, 2008).

A maior frequência de pessoas casadas em nosso estudo coincidiu também com um estudo realizado no município do Paraná, que mostrou um percentual de 42,6% de casados (KLUTHCOVSKY et al, 2002).

Referente à idade, os dados apresentados corroboram com os estudos de Nascimento (2008) e Ferraz e Aerts (2005), que também mostraram um maior percentual de

adultos jovens dentre os agentes comunitários. De acordo com Galavote et al (2011), isto pode indicar uma busca da profissão de ACS como uma nova perspectiva de trabalho e melhoria da qualidade de vida, por parte de jovens da comunidade.

Quanto à escolaridade, verificamos que 66,2% dos ACS têm 12 ou mais anos de escolaridade, o que pode corresponder aos estudos que mostram uma maior percentual de profissionais possuindo o ensino médio completo (NASCIMENTO, 2008). No estudo realizado no próprio município de Marília (PERES, 2006), 86,1% dos ACS haviam concluído, pelo menos, o ensino médio.

O tempo médio de trabalho do ACS em Marília é de 6,5 anos. Os resultados se assemelham ao estudo de Pinto, Menezes e Villa (2010), realizado com 124 agentes comunitários de um município do Rio Grande do Norte, que mostrou um tempo médio de serviço igual a 7 anos. No estudo realizado em Recife (Nascimento, 2008), 33% dos ACS apresentam um tempo de trabalho entre 5 e 10 anos.

O trabalho com grupos se insere na proposta de atuação do ACS, possibilitando a observação do indivíduo em comunidade, a educação em saúde, apreensão do conhecimento popular e o estímulo à formação e autonomia de coletividades.

Em nosso estudo, os ACS mais jovens tiveram menor experiência com grupos, o que pode ter sido decorrente do menor vínculo com a comunidade. Segundo Ferraz e Aerts (2005), os ACS com menos idade não conhecem tão bem a comunidade e seu envolvimento pode ser menor.

Para o idoso, os grupos são ferramentas importantes no processo de socialização, contribuindo para melhora em sua qualidade de vida. Segundo Zimmerman (2005), é por meio das interações e das oportunidades de vivências que surgirão mudanças no comportamento, tanto como indivíduos quanto como elementos do sistema. É no grupo que o indivíduo

reconhece valores e normas, tanto os seus como os do outro, embora diferentes dos seus ou mesmo opostos.

Ainda referente à participação em grupos, os profissionais de UBS foram os que tiveram maior participação em grupos com idosos. O fato das UBS concentrarem maior taxa de idosos em suas áreas, terem ACS mais velhos e estarem há mais tempo no serviço propicia condições ideais para facilitar a participação destes agentes em grupos com idosos. Isto confirma a afirmação de Ferraz e Aerts (2005), segundo os quais os ACS com mais idade tendem a conhecer melhor a comunidade, ter mais vínculos e laços de amizade.

Conforme Martins et al (2007), capacitação implica despertar no profissional da saúde o reconhecimento do idoso cidadão, tanto de sua realidade social quanto de saúde. Em nosso estudo, verificamos um baixo índice de ACS capacitados em envelhecimento. Estudo de Fernandes et al (2010) com 51 ACS de município paulista mostrou que 88% não haviam realizado curso na área de gerontologia, apesar da maioria (78%) referir bastante contato com idoso.

Estudo de Espínola e Costa (2006) realizado em Mossoró-RN mostrou que, em função das capacitações recebidas, os ACS que responderam estar preparados para exercer a profissão (cerca de 90,8%), atribuíram a boa atuação às qualificações recebidas, somadas à identificação com as funções que desempenham. A maioria destes ACS, apesar de terem recebido capacitações as mais diversas, ainda anseiam por mais educação continuada que os manteria atualizados.

Em nosso estudo, os agentes com menor relato de capacitação em envelhecimento tiveram também menor participação em grupos com idosos. Segundo Ferrigno, Leite e Abigailil (2006), vivemos uma mudança de paradigmas dos Centros e Grupos de Convivência no Brasil, sendo a busca por capacitação de recursos humanos fundamental para reestruturação destas práticas.

Em Marília, observamos áreas urbanas com diferentes concentrações de idosos, com maior povoação nas áreas centrais. Isto reflete heterogeneidade na constituição histórica dos bairros, já que as áreas centrais são mais antigas. Para Protti (2002), dentro de um mesmo município, alguns bairros acabam concentrando um número maior de idosos, talvez devido à composição das famílias, às baixas taxas de fecundidade e à queda da mortalidade da população.

No presente estudo, os profissionais que atuam nas áreas com maior índice de idosos (áreas pertencentes às UBS) são significativamente mais capacitados. Isto pode estar refletindo a preocupação dos gestores e serviços locais em dar respostas às demandas relativas à atenção ao idoso. Para Fonseca et al (2008), deve-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.

#### **4.2.a Atitudes em relação à velhice entre os ACS de Marília**

Segundo o formato da escala, o Agente Comunitário de Saúde de Marília atribuiu uma nota, numa graduação de 1 a 5, para cada par de adjetivos opostos ou item da escala, tendo o número 3 como ponto neutro (por exemplo: sábio 1..2..3..4..5 tolo).

Vários resultados foram apresentados em médias, calculadas pela soma das notas em cada item, divididas pela quantidade de itens a serem avaliados. As médias inferiores a 3 foram consideradas positivas e as maiores que 3, negativas.

Além disso, também segundo a proposta do questionário, cada um dos pares de adjetivos foi agrupado em quatro domínios: Cognição, Agência, Relacionamento Social e Persona. Estes representam diferentes aspectos no âmbito das atitudes em relação ao idoso.



O domínio “relacionamento social”, que agrupa adjetivos referentes à interação social de idosos, foi considerado o de avaliação mais positiva devido à média mais baixa (2,68). Por outro lado, a avaliação mais negativa ficou por conta do domínio “agência” (média = 3,05), que aglomera adjetivos com foco na autonomia para realização de atividades.

Para conhecermos os adjetivos que expressam o que os Agentes Comunitários de Saúde pensam sobre a figura do idoso, analisamos as frequências de respostas positivas, neutras e negativas para cada um dos pares de adjetivos opostos da escala.

Dentro do domínio “cognição”, que envolve adjetivos referentes ao processamento de informações e resolução de problemas, a análise mostrou que os Agentes Comunitários de Saúde consideram o idoso: *sábio, persistente, lento, rígido, convencional, inseguro e distraído*. Houve maior frequência de respostas neutras na caracterização do idoso entre *claro/confuso, alerta/embotado e preciso/impreciso*. Comparando apenas as frequências de respostas positiva e negativa destes últimos, os idosos foram caracterizados como *precisos, alertas e confusos*.

O gráfico 3 apresenta o percentual de Agentes Comunitários de Saúde que assinalaram os itens de maneira positiva, neutra e negativa para o domínio “cognição”.

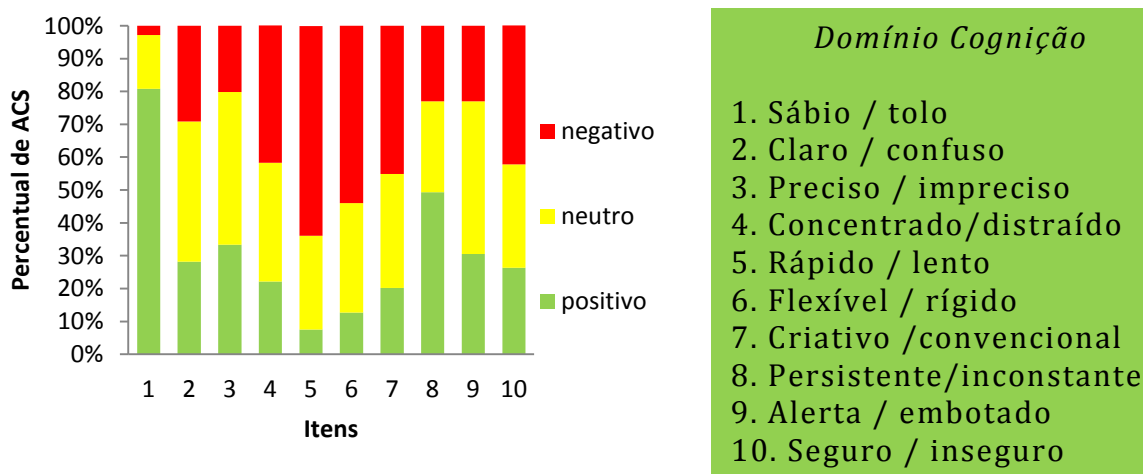


Gráfico 3 – Percentual de Agentes Comunitários de Saúde com respostas positivas, negativas e neutras para o conceito “O idoso é” (Domínio Cognição). Marília, 2010.

No domínio “agência”, o idoso foi avaliado como *esperançoso* e *dependente*. Houve maior frequência de respostas neutras nos demais itens, porém, considerando apenas respostas positivas e negativas, o idoso foi tido ainda como *produtivo*, *ativo*, *deprimido* e *doentio*.

O gráfico 4 mostra o percentual que assinalou os itens de maneira positiva, neutra e negativa para o domínio “agência”.

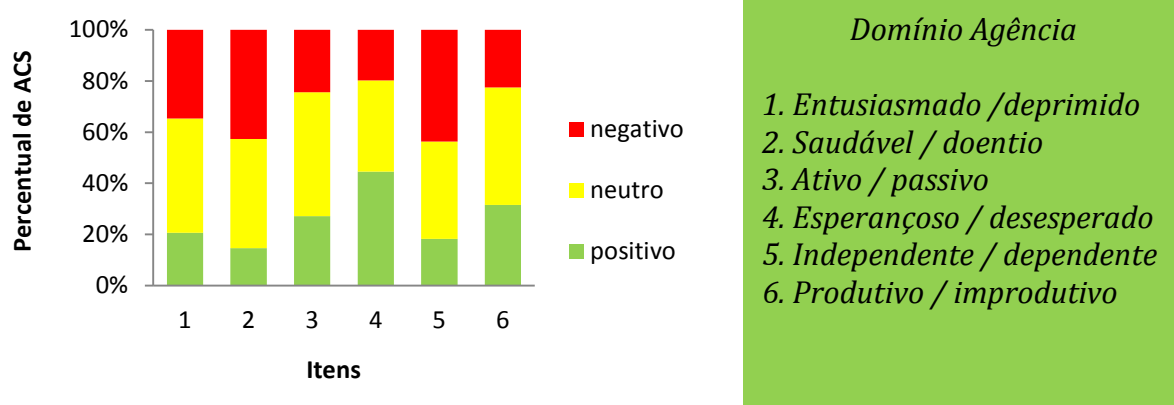


Gráfico 4 – Percentual de Agentes Comunitários de Saúde com respostas positivas, negativas e neutras para o conceito “O idoso é” (Domínio Agência). Marília, 2010.

No domínio “relacionamento social”, o idoso é visto como *construtivo*, *cordial*, *interessado pelas pessoas*, *generoso*, *desconfiado* e *crítico*. Houve um maior predomínio de Agentes Comunitários de Saúde neutros em relação ao item bem-humorado/mal-humorado, porém a atitude positiva deste item superou a negativa, como mostra o gráfico 5.

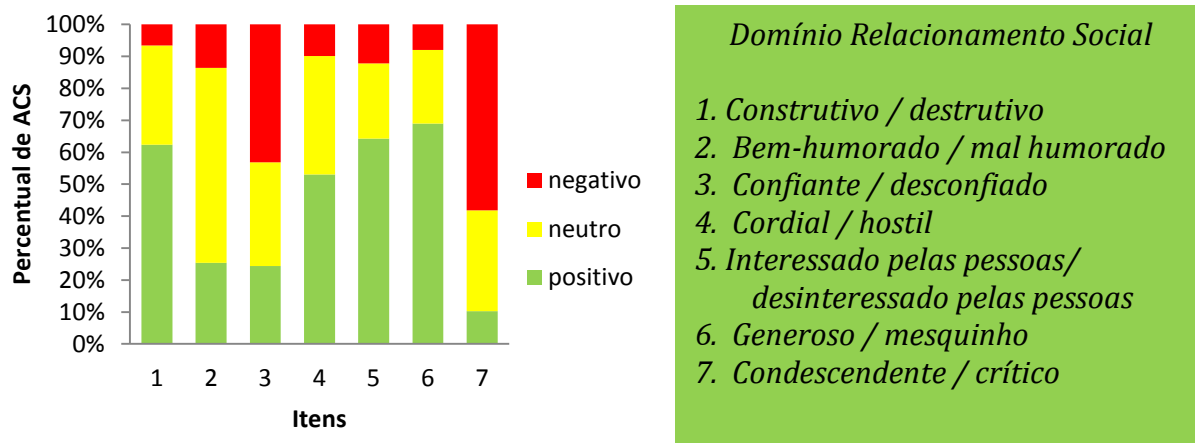


Gráfico 5 – Percentual de Agentes Comunitários de Saúde com respostas positivas, negativas e neutras para o conceito “O idoso é” (Domínio Relacionamento Social). Marília, 2010

No domínio “persona”, que agrupa adjetivos referentes aos rótulos sociais, o idoso foi caracterizado como *agradável, sociável e desvalorizado*. Os demais pares de adjetivos tiveram maior percentual de profissionais que foram neutros em suas avaliações, porém comparando apenas as frequências positivas e negativas, o idoso foi considerado *atualizado, rejeitado, isolado e retrógrado*.

O gráfico 6 mostra o percentual que assinalou os itens de maneira positiva, neutra e negativa para o domínio “persona”.

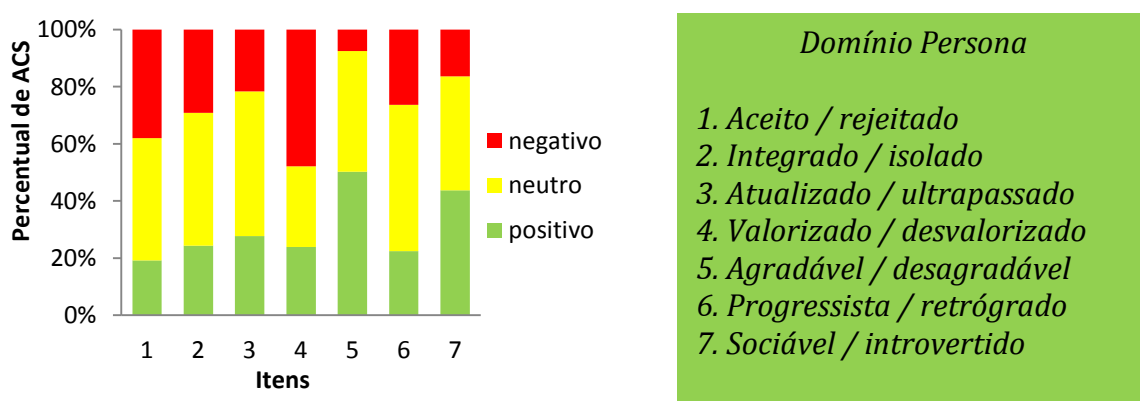


Gráfico 6 – Percentual de Agentes Comunitários de Saúde com respostas positivas, negativas e neutras para o conceito “O idoso é” (Domínio Persona). Marília, 2010.

Na comparação entre os dois tipos de unidades (UBS e USF), não encontramos diferenças significativas na avaliação dos pares de adjetivos da escala de atitudes, exceto na avaliação da sociabilidade do idoso. Neste item, as análises mostraram que o percentual de ACS que consideram o idoso introvertido (avaliação negativa) foi 2,1 vezes maior nas USF do que nas UBS.

Verificamos que a média total dos escores na escala de atitudes foi de 2,92 (muito próxima a 3, o ponto neutro) e que a maior parte das médias para cada um dos pares de adjetivos orbitaram próximas à neutralidade. No entanto, conforme é possível observar no quadro 3, a tendência geral pode ser considerada moderadamente positiva, na medida em que as médias encontradas para as atitudes negativas se afastam pouco da neutralidade (a mediana dos valores é igual a 3,2), enquanto nas atitudes positivas temos um maior número de médias próximas a 2, mais distantes da neutralidade.

O quadro 3 sintetiza a constatação anterior. Podemos conferir, a partir das médias dos escores, uma ordem decrescente dos adjetivos, que se inicia com aqueles que mais se distanciam da neutralidade.

Quadro 3 – Atitudes negativas e positivas do Agente Comunitário de Saúde (médias dos escores encontrados no instrumento de avaliação) em relação à velhice. Marília, 2010.

Atitudes NEGATIVAS	Atitudes POSITIVAS
LENTO (3,7)	SÁBIO (1,7)
CRÍTICO (3,6)	GENEROSO (2,1)
RÍGIDO(3,5)	CONSTRUTIVO (2,1)
CONVENCIONAL (3,3)	INTERESSADO PELAS PESSOAS (2,2)
DOENTIO(3,3)	CORDIAL (2,3)
DEPENDENTE (3,3)	AGRADÁVEL(2,4)
DISTRÁIDO(3,2)	PERSISTENTE (2,5)
DESCONFIADO (3,2)	ESPERANÇOSO (2,6)
REJEITADO(3,2)	SOCIÁVEL(2,6)
DESVALORIZADO (3,2)	PRECISO(2,8)
INSEGURO(3,1)	ALERTA(2,8)
DEPRIMIDO(3,1)	PRODUTIVO (2,8)
ISOLADO(3,08)	BEM-HUMORADO (2,8)
CONFUSO(3,03)	ATIVO(2,9)
RETRÓGRADO (3,02)	ATUALIZADO (2,9)

Na comparação dos escores obtidos pelos Agentes Comunitários de Saúde dos dois modelos de atenção primária à saúde, verificamos que dentre os profissionais de UBS, 60% têm médias de atitudes inferiores a 3, ou seja, positivas. Dentro das USF, as médias positivas alcançaram 51%. A tabela 7 apresenta estes dados.

Tabela 7 – Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde de UBS e USF segundo as atitudes positivas e negativas. Marília, 2010.

Tipo de Unidade	Atitudes em relação à velhice		
	POSITIVAS	NEGATIVAS	Total
UBS	66 (60%)	44 (40%)	110 (100%)
USF	50(51%)	48 (49%)	98 (100%)
<b>Total</b>	116	92	208*

\*As atitudes neutras foram excluídas nesta avaliação

A tabela 8 mostra uma comparação dos escores na escala de atitudes em relação à velhice, em cada um de seus domínios, na UBS e USF. Notamos que as médias nos dois tipos de unidade e dentro dos domínios são muito semelhantes.

Tabela 8 – Escores obtidos dos Agentes Comunitários de Saúde de UBS e USF, em cada um dos domínios da escala de atitudes. Marília, 2010.

<b>Domínios</b>	<b>Unidade</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Dp</b>	<b>Máx</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mín</b>
<b>Cognição</b>	UBS	112	3,03	0,49	4,30	3,10	1,80
	USF	101	2,96	0,61	4,30	3,00	1,10
<b>Agência</b>	UBS	112	3,00	0,51	4,33	3,00	1,83
	USF	101	3,04	0,60	5,00	3,16	1,50
<b>Relac.Social</b>	UBS	112	2,66	0,44	3,86	2,71	1,71
	USF	101	2,71	0,55	4,29	2,71	1,00
<b>Persona</b>	UBS	112	2,91	0,47	3,86	2,85	1,57
	USF	101	2,98	0,55	4,14	3,00	1,00

No que se refere ao questionamento sobre convívio com idosos, observamos que dentre aqueles que relataram morar ou ter morado com idosos, 57,7% obtiveram atitudes positivas em relação à velhice.

Quanto à experiência com grupos, verificamos que, do total de Agentes Comunitários de Saúde com experiência com grupos de idosos nas unidades, 58,2% têm atitudes positivas.

Já dentre os profissionais com capacitação prévia em envelhecimento, a frequência com atitudes positivas foi de 51,1%. No entanto, dentre os não capacitados, 59,6% tinham atitudes positivas em relação à velhice. As atitudes positivas foram, assim, discretamente mais prevalentes entre os não capacitados.

No que se refere ao estado civil, observamos que, dentre aqueles com atitudes negativas, o número de casados foi 4,1 vezes maior.

Procurando associações com a escolaridade, verificamos que, daqueles com mais de 12 anos de escolaridade, 58,3% têm atitudes positivas em relação à velhice. Naqueles com menor escolaridade, esta frequência foi de 53,3%.

Quanto à renda familiar, as análises mostraram que, dos Agentes Comunitários de Saúde que referiram renda menor ou igual a 3 salários-mínimos, 60,2% apresentaram atitudes positivas. Dentre aqueles com maior renda, este percentual ficou em 51,8%.

O tempo de trabalho como Agente Comunitário de Saúde também foi avaliado. Observamos que, do total de profissionais há mais de 6 anos nesta função, 60,3% avaliaram positivamente a velhice.

Procuramos ainda saber se há diferenças nas atitudes de Agentes Comunitários de Saúde das unidades segundo o percentual de idosos em sua população adstrita.

Verificamos que, dentre os Agentes Comunitários de unidades com menor percentual de idosos, o número de profissionais com atitudes positivas foi 73% maior que aqueles com atitudes negativas. A associação foi estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Das 22 unidades com menor população idosa (4 UBS e 18 USF), nas 4 UBS e em 9 USF houve predomínio de ACS com atitudes positivas. A Tabela 9 mostra os dados, lembrando que 5 sujeitos foram excluídos por terem atitudes neutras.

Tabela 9 – Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde de unidades com menor e maior número de idosos segundo o número de profissionais com atitudes positivas e negativas. Marília, 2010.

Número de ACS	Atitudes em relação à velhice		
	POSITIVAS	NEGATIVAS	Total
<b>Unidades com menor população idosa</b>	64 (63,4%)	37 (36,6%)	101 (100%)
<b>Unidades com maior população idosa</b>	52 (48,6%)	55 (51,4%)	107 (100%)
<b>Total</b>	116	92	208

$P < 0,05$

Enfim, nosso estudo mostra que os Agentes Comunitários de Saúde de Marília têm no aspecto do relacionamento social sua avaliação mais positiva sobre a velhice, considerando o idoso generoso e construtivo. No entanto, percepções negativas como o idoso sendo lento e rígido também foram observadas.

Apesar de não termos encontrado associações estatisticamente significativas, as atitudes positivas em relação à velhice foram encontradas principalmente nos profissionais não casados, não capacitados, com menor renda familiar e mais tempo de trabalho como Agente Comunitário de Saúde. Nas unidades com menor população idosa, as atitudes positivas são significativamente predominantes.

#### **4.2.b – Discussão**

Lento, doentio, dependente, rejeitado foram alguns dos adjetivos que os ACS de Marília utilizaram para caracterizar o idoso.

No estudo de Bezerra, Espírito Santo e Batista Filho (2005) com 148 ACS do interior de Pernambuco, verificou-se que 65% destes profissionais referiram opinião de valor negativo ao idoso, estando associada à presença de enfermidades, dependência física e emocional.

Com o objetivo de identificar o conhecimento que os ACS apresentam sobre envelhecimento, Fernandes et al (2010) observou que as concepções de envelhecimento apresentadas foram predominantemente negativas. Isto se expressou através de relatos associando envelhecimento à idade cronológica, declínio de saúde, dependência e “incômodo para a família”. As concepções positivas estiveram presentes em alguns relatos, estando associado ao acúmulo de experiência de vida.



Fonseca et al (2008) realizaram um estudo com agentes comunitários de saúde e profissionais de enfermagem de três cidades não-metropolitanas do estado do Rio Grande do Sul, com o objetivo de averiguar as representações do processo de envelhecimento. Para estes profissionais, as palavras mais representativas para expressar o envelhecimento foram aposentadoria e descanso e as menos representativas foram morte e sexualidade. Não houve correlação significativa entre palavras representativas e fatores como idade, escolaridade e horas trabalhadas por dia.

No estudo de Protti (2002), o idoso é visto pelo ACS de Ribeirão Preto-SP como *teimoso* e ao mesmo tempo *carente*. Por outro lado, há grande valorização da sabedoria e experiência dos idosos por parte desses profissionais.

Atitudes negativas associadas à doença, dependência e rejeição também estavam presentes no estudo de Neri (1991), que teve uma população de 4300 sujeitos entre 13 e 45 anos de idade, dentre estudantes e não-estudantes das cinco regiões do país. Porém, os resultados demonstraram haver atitudes predominantemente positivas frente ao velho e velhice. Como ocorrido em nosso estudo, não se encontraram correlações com variáveis como idade e sexo dos sujeitos.

O domínio “agência”, referente às questões de autonomia do idoso, foi o de avaliação mais negativa para os ACS de Marília. No estudo de Teixeira et al (2002), a análise mostrou que conteúdos como autonomia e independência para a execução das atividades estiveram presentes nas respostas de quase todos os sujeitos entrevistados, envolvendo grupos de idosos doentes e saudáveis, um grupo de trabalhadores de um Centro de Saúde da rede municipal do Sistema Único de Saúde de Florianópolis e um grupo de pessoas que cuidavam de idosos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Reuben et al (1995), analisando as atitudes de estudantes do início do curso médico de cinco escolas da Universidade da Califórnia, mostrou que os alunos asiático-

americanos e os do sexo masculino apresentavam atitudes menos favoráveis nos itens referentes à autonomia e aceitabilidade. Quanto maior o conhecimento sobre envelhecimento, mais favoráveis foram as atitudes nestes mesmos itens.

Observamos, no tocante à avaliação do domínio “agência”, divergência com o estudo de Resende (2001). Estudando as atitudes em relação à velhice em pessoas portadoras de deficiência física, com idade entre 24 e 39 anos, o autor verificou que as avaliações foram preponderantemente positivas, sendo o domínio “agência” o mais positivo e o persona o menos positivo. Não houve diferença estatística significativa entre os itens da escala de atitudes e as variáveis sexo, tipo de deficiência (congenita ou adquirida), capacidade funcional e idade. Quanto à escolaridade, tiveram atitudes mais positivas frente ao domínio agência aqueles com 1º grau completo e 2º grau incompleto.

No estudo com os ACS de Marília, o conceito de idoso como sábio e o domínio “relacionamento social” na escala de atitudes obtiveram as avaliações mais positivas no estudo. Os resultados corroboraram o estudo de Cachioni (2002) com docentes de Universidades da Terceira Idade. As atitudes tiveram tendência geral moderadamente positiva e o domínio de “relacionamento social” foi o de avaliação mais positiva.

Em nosso estudo, verificamos que as atitudes em relação à velhice foram discretamente mais positivas entre os ACS não-capacitados. Do mesmo modo, Cachioni (2002) observou que os professores das universidades da terceira idade com curso de pós-graduação *stricto sensu*, juntamente com os especialistas em gerontologia e geriatria, apresentaram pontuações mais negativas no domínio agência onde estão os itens relacionados à autonomia e à dependência.

Aguilar e Cachioni (2008) também mostraram as mesmas diferenças quando se compararam coordenadores-professores e alunos de graduação. Tais observações fazem coro

à hipótese de que quanto maior a formação e os conhecimentos específicos em gerontologia, mais realista e, portanto, menos positiva a visão sobre o envelhecimento (CACHIONI, 2002).

Fitzgerald et al (2003), em estudo realizado com alunos do primeiro ano do curso médico da Universidade de Michigan, encontrou resultados diversos. Os estudantes tinham atitudes moderadamente positivas, principalmente naqueles com um interesse moderado pela geriatria.

No sentido de avaliar mudança de atitudes, Ragan e Bowen (2001) conduziram um estudo com 99 estudantes divididos em três grupos: recebendo apenas informações sobre idosos através de um vídeo; recebendo as mesmas informações e participando de um grupo de discussão básico e um terceiro grupo recebendo informações, porém reforçadas por argumentos favoráveis a mudança de atitudes. Os grupos foram seguidos durante um mês e o terceiro grupo citado foi o único a manter atitudes positivas em relação ao idoso até o fim do seguimento.

Obtivemos que os ACS de Marília com experiência de grupos com idosos têm atitudes mais positivas que negativas, porém sem significado estatístico. Buscando identificar as atitudes em relação a idosos de estudantes de enfermagem da Jordânia, Hweidi e Al-Obeisat (2006) mostraram que os alunos com preferência por trabalhar com idosos, após a graduação, reportaram atitudes mais positivas em relação à velhice.

Em um estudo cujo objetivo foi investigar e comparar atitudes de estudantes de enfermagem de primeiro e quarto ano, em propostas curriculares diferentes, Williams et al (2007) apontou não haver diferenças significativas entre os alunos do quarto ano de ambos os currículos. Em uma das propostas curriculares, houve uma considerável melhora nas atitudes no seguimento do primeiro ao quarto ano.

Com o objetivo de caracterizar as crenças em relação à velhice, Silva (1999) realizou uma pesquisa com 100 idosos dentre os 500 participantes de um programa educacional para idosos – Universidade Aberta à Terceira Idade de Pernambuco. Os resultados mostraram que 41 % dos indivíduos apresentaram opiniões positivas sobre o que é ser velho, 20% opiniões negativas e 39% opiniões neutras. Não foram encontradas diferenças significativas quanto às variáveis sociodemográficas.

Com o objetivo de descrever e comparar as atitudes sobre velhice, Neri e Jorge (2006) utilizaram uma amostra de estudantes dos cursos de Pedagogia, Educação Física, Medicina e Enfermagem. Após análises, chegou-se a alguns resultados: os sujeitos com atitudes mais positivas foram os mais jovens (<23 anos), do gênero feminino, que conviviam com idosos e faziam Medicina; os sujeitos com atitudes mais negativas eram mais velhos (>24 anos), homens, que não conviviam com idosos e faziam Educação Física. Apesar de fraca, houve correlação significativa entre os escores das escalas de atitudes e conhecimentos sobre a velhice.

Em 2006, Neri (2007) realizou uma pesquisa intitulada “Idosos no Brasil: Vivências, Desafios e Expectativas na 3ª Idade”, com o objetivo de investigar as percepções que se tem sobre os idosos. Além das 2136 pessoas com mais de 60 anos, foram entrevistadas 1608 pessoas de 16 a 59 anos de idade, em 204 municípios pequenos, médios e grandes de todas as regiões do país. Tanto para idosos (88%) quanto para não idosos (90%), a percepção da chegada da velhice está associada principalmente a aspectos negativos. Para a maioria, as doenças ou debilidades físicas são os principais sinais de que a velhice chegou, seguido pelo desânimo e a dependência. Perguntada como se sentem com a idade que tem, a maioria daqueles com 60 anos ou mais respondeu positivamente (69%) e não considerou se sentir idosa (53%). Entre a população adulta não idosa prevalece a percepção de que há mais coisas ruins do que boas em ser idoso (44%, chegando a 49% entre os jovens de 16 e 17 anos); um

terço pensa o contrário (33%) e afirma que têm mais coisas boas do que ruins em ser idoso, e 19% dizem que tanto têm coisas boas como coisas ruins. Já entre os idosos, a percepção de que há mais coisas ruins em ser idoso cai para 1/3 (35% – sendo majoritária só após os 70 anos), equilibrando-se com a taxa dos que avaliam que há mais coisas boas (33%), e cresce a avaliação de que ambas, coisas boas e ruins, estão presentes em sua situação etária (23%). Para uma expressiva maioria de não idosos (85%) e idosos (80%) existe preconceito contra a velhice no Brasil, porém poucos admitem ser preconceituosos: apenas 4% dos não idosos.

Tanto a caracterização do idoso como *lento* e *sábio* em nosso estudo reflete o que Neri (2006) denomina super-simplificação. Trata-se do estereótipo que, positivo (*sábio*) ou negativo (*lento*), faz com que os idosos recebam atributos, como se fossem os únicos existentes para definir esta faixa etária.

Para Cachioni (2003), as atitudes não são uma questão de tudo ou nada e nem apenas de avaliações positivas ou negativas, mas sim a expressão de avaliações complexas e com muitas faces. A caracterização do idoso como *crítico*, que foi muito enfatizado pelos ACS, exemplifica bem a ideia anterior. Apesar de estar enquadrado como adjetivo negativo, oposto à condescendente, podemos interpretá-lo como a contraposição de ideias e opiniões estabelecidas, refletindo a autonomia e exercício de cidadania.

Na comparação entre os dois modelos de atenção primária à saúde em Marília (UBS e USF), verificamos que os profissionais de UBS tiveram atitudes mais positivas, porém sem significado estatístico. Isto pode ser explicado pelo fato dos ACS de UBS serem mais velhos, terem maior tempo de trabalho, convivência, capacitação e participação em grupos de idosos.

Além disso, observamos que predominaram atitudes positivas nas áreas com menor população idosa, de maneira significativa. Enquanto isso, nas áreas com maior índice de idosos, onde a demanda provavelmente seja maior e o cuidado com o idoso mais

desafiador, percebemos um maior equilíbrio entre atitudes positivas e negativas, com um discreto predomínio das negativas. Esta constatação pode estar refletindo o quanto a complexidade relacionada ao acompanhamento de idosos vem ressaltando as atitudes negativas junto aos mesmos.

#### **4.3.a – Conhecimentos gerontológicos entre os ACS de Marília**

Para avaliação dos conhecimentos sobre gerontologia dos Agentes Comunitários de Saúde de Marília, foi aplicado um questionário (Questionário de Palmore-Neri-Cachioni) com 25 questões de múltipla escolha.

Verificamos que o percentual médio de acertos no questionário foi de 40%. Os Agentes Comunitários de Saúde obtiveram um mínimo de 1 e máximo de 17 acertos, com mediana igual a 11.

Para examinarmos o comportamento frente a cada uma das 25 questões, calculamos o percentual de acertos por item do questionário.

Os resultados aparecem no quadro 4, mostrando que, do total de 25 questões, apenas dez foram acertadas por mais de 50% dos Agentes Comunitários de Saúde, com apenas quatro questões sendo acertadas por mais de 70% da população de sujeitos.

Quadro 4 – Porcentagem de acertos por item do questionário de conhecimentos.

<b>TEMÁTICA DAS QUESTÕES</b>	<b>% DE ACERTOS</b>
Força física em idosos	78,4%
Valorização de amizades em idosos	76,1%
Eficiência para o trabalho	74,2%
Velocidade de reação	73,2%
Acidentes de trânsito em idosos	66,7%
Rendimento mensal	63,4%
Capacidade de aprender	58,7%
Sexualidade em idosos	55,4%
Acidentes de trabalho	54,5%
Problemas cognitivos severos	51,2%
Percentual de brasileiros idosos	46,5%
Flexibilidade a mudanças	45,1%
Religiosidade em idosos	45,1%
Capacidade pulmonar	45,1%
Propensão à depressão	44,1%
Escolaridade nos idosos do futuro	26,8%
Idosos institucionalizados	26,8%
Órgãos do sentido enfraquecidos	21,1%
Satisfação com a vida em idosos	20,7%
Proporção de idosos morando sozinhos	18,3%
Emotividade em idosos	14,6%
Proporção de idosos ativos	13,1%
Emotividade comparada a jovens	12,2%
Produtividade social e econômica	11,3%
Prioridade no tratamento dos idosos	6,1%

As quatro questões mais acertadas, em ordem decrescente, abordaram os seguintes temas: força física em idosos, a valorização das amizades na terceira idade, a eficiência para o trabalho e a velocidade de reação em idosos. Nota-se que destas, três questões versavam sobre aspectos físicos do envelhecimento.

Avaliando os diferentes domínios no questionário, notou-se que os temas psicológicos e sociais são os menos conhecidos. Comparando com a média de acertos nas

questões de aspectos físicos, os acertos nas questões com temas psicológicos e sociais foram, respectivamente, 47% e 67% menores.

O estudo mostra que 30% dos ACS acham que a satisfação com a vida nos idosos é menor do que entre os jovens, enquanto 46,9% não veem relação com a idade.

Na questão que avalia o número de pessoas que permanecem ativas entre 60 e 70 anos, 23% consideram ser pequeno este número.

A maioria dos ACS concorda no tocante ao declínio físico no envelhecimento. Para 78,8%, a força física declina em idosos e 73,2% consideram a velocidade de reação menor nesta faixa etária.

Na questão referente à produção socioeconômica, apenas 11,3% consideram os idosos economicamente inativos, mas socialmente produtivos.

O trabalho em idosos foi avaliado em outras duas questões. Comparando com os trabalhadores de 25 a 35 anos, 74,2% dos ACS responderam que a eficiência de pessoas de 50 a 60 anos depende do tipo de trabalho. Do mesmo modo, para 54,5%, a taxa de acidentes de trabalho em adultos mais velhos vai depender do tipo de tarefa. Porém, 22,1% consideram esta taxa menor.

Quanto à flexibilidade a mudanças, 45,1% dos profissionais responderam que esta é menor e apenas 8,9% referiram não haver relação com a idade.

No que tange à sexualidade, 55,4% acham que os idosos perdem o interesse por sexo e, segundo 39%, a maioria dos casais continuam a praticar sexo regularmente.

A maioria (66,7%) dos ACS acredita ainda que os idosos sofram menos acidentes de trânsito, em comparação com as pessoas de 30 a 40 anos.

Em comparação com os jovens, 77,9% dos ACS consideram que os idosos são mais emotivos; segundo 58,7%, a capacidade para aprender é menor, e para 44,1%, a propensão à depressão é maior.



Quanto ao tratamento por idosos pelo SUS, apenas 6,1% responderam que a prioridade para o idoso é menor. Enquanto isso, 53,1% concorda que a prioridade é maior; 23,5% consideram ser igual, e para 17,4% independe da idade.

Para associação com as demais variáveis, categorizamos os sujeitos do estudo com base na mediana dos acertos no questionário de Palmore-Neri-Cachioni. Os ACS foram assim divididos: apresentando um número menor ou maior que 11 acertos.

A observação das distribuições permitiu saber que os Agentes Comunitários de Saúde de Marília que não participaram de capacitação em saúde do idoso têm menor conhecimento em envelhecimento. Do total que apresentou as menores pontuações, o número de profissionais que não relatou alguma capacitação prévia foi 70% maior, com diferença estatística ( $p < 0,05$ ) (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo os acertos no questionário de conhecimentos e participação em capacitação em envelhecimento. Marília 2010.

Total de Acertos	Participação em Capacitação em Saúde do Idoso		
	Sim	Não	Total
<b>Até 10</b>	37 (38,5%)	63 (53,8%)	100
<b>11 ou mais</b>	59 (61,5%)	54 (46,2%)	113
<b>Total</b>	96 (100%)	117 (100%)	213

$p < 0,05$

Quanto à idade, daqueles com mais de 11 acertos, 63,7% tinham idade menor ou igual a 40 anos.

A escolaridade teve pequena interferência no número de acertos. Dentre aqueles com escolaridade maior que 12 anos, o percentual de acertos foi de 55,3%.

Buscamos alguma associação entre as atitudes em relação à velhice do Agente Comunitário de Saúde de Marília e seu grau de conhecimento gerontológico. Encontrou-se que, dentre os profissionais com menor número de acertos, aqueles com atitudes positivas foi

51% maior. Já dentre aqueles com maiores acertos, o número de Agentes Comunitários de Saúde com atitudes positivas foi apenas 7,5% maior.

Comparando o desempenho dos ACS dos dois modelos de atenção primária em Marília, observamos que nas USF houve um maior percentual de indivíduos que tiveram mais acertos no questionário, sem significância estatística. A tabela 11 apresenta os dados descritivos dos acertos no questionário em UBS e USF.

Tabela 11 – Acertos dos Agentes Comunitários de Saúde de UBS e USF no questionário de conhecimentos sobre gerontologia. Marília, 2010.

Número de ACS	Acertos no questionário de conhecimentos gerontológicos		
	ATÉ 10 ACERTOS	11 ou MAIS ACERTOS	Total
<b>UBS</b>	54 (48,2%)	58 (51,8%)	112 (100%)
<b>USF</b>	46 (45,5%)	55 (54,5%)	101 (100%)
<b>Total</b>	100	113	213

Procuramos ainda saber se há diferenças no índice de acertos de Agentes Comunitários de Saúde das unidades segundo o percentual de idosos em sua população adstrita.

Verificamos que, dentre os agentes de unidades com maior percentual de idosos, o número daqueles que tiveram mais acertos foi 38,3% maior, sem significância estatística.

#### 4.3.b – Discussão

Apesar do baixo percentual de acertos no questionário aplicado aos ACS, os resultados foram coincidentes com os estudos de Neri e Jorge (2006), quando foi aplicado o

mesmo instrumento. Neste estudo, com alunos da graduação de diferentes cursos, a média de acertos foi de 41%.

Fitzgerald et al (2003), pesquisando alunos iniciando a escola médica (Universidade de Michigan), mostrou um conhecimento mínimo em envelhecimento, com um percentual de acertos de 37%. O questionário aplicado foi o “Facts on Aging Quiz”, aquele que deu origem ao questionário utilizado com os ACS de Marília.

Hobbs et al (2006) avaliaram graduandos de fisioterapia da Universidade de Sydney (Austrália) em três tempos diferentes (no início do curso, imediatamente após o ano clínico e no fim do último ano). Utilizando o “Facts on Aging Quiz”, verificou-se que a média de acertos progrediu de 43,6% para 51,7%, o que foi considerado abaixo das expectativas para o início da prática clínica.

Mesmo não havendo especificação quanto ao tipo de capacitação recebida, o presente estudo mostrou que menos da metade dos ACS receberam alguma capacitação, a qual esteve diretamente relacionada ao grau de conhecimentos sobre gerontologia.

No estudo de Neri e Jorge (2006), os autores concluíram que os estudantes de graduação que tiveram aproximação teórica com temas do envelhecimento acertaram maior número de questões no mesmo questionário aplicado.

Cachioni (2002) também verificou diferenças nos acertos entre os docentes de universidades de terceira idade. Aqueles professores que tiveram maiores pontuações foram os graduados em ciências biológicas/saúde, os especialistas em gerontologia/geriatria, os que participam de grupos de estudos em gerontologia e os que tinham experiência de trabalho com idosos antes de serem docentes nos programas.

Lee et al (2006), em pesquisa com 269 estudantes de enfermagem de Hong Kong, mostraram que 83% obtiveram um escore médio de 40 a 70% de acertos na escala utilizada.

Aqueles estudantes que manifestaram não gostar de trabalhar com idosos tiveram uma menor média de pontuação na escala de conhecimentos.

No estudo de Koch Filho (2006), foi observado que os cirurgiões-dentistas da rede pública de Campinas obtiveram uma média de acertos no questionário aplicado apenas discretamente maior que os acadêmicos de último ano de cursos de Odontologia de Curitiba-PR. O tempo acumulado de experiência na profissão provavelmente foi determinante nesta avaliação.

Diferentemente, Fitzgerald (2003) não encontrou, na associação com os acertos na escala “Facts on Aging Quiz”, diferença significativa por sexo, etnia, experiência de cuidado prévio ou interesse pela geriatria.

O maior conhecimento de temas relacionados aos aspectos físicos do envelhecimento, em detrimento dos psicológico e social, demonstra que, apesar dos ACS estarem inseridos no contexto de vida dos usuários das unidades de saúde, ainda é preponderante o conhecimento biológico sobre o idoso. Os resultados confirmam também os apresentados por Cachioni (2002), em estudo com docentes de universidades de terceira idade.

Em nosso estudo, verificamos uma tendência de atitudes mais negativas naqueles Agentes Comunitários com maior número de acertos no questionário de conhecimentos gerontológicos. Reiteramos aqui a hipótese de que um maior conhecimento acerca do envelhecimento muitas vezes reflete em atitudes negativas, decorrente da complexidade deste cuidado. O mesmo foi observado no estudo de Neri e Jorge (2006), no qual foi observado atitudes mais negativas nos alunos com maiores acertos na escala que conhecimentos.

Para vários Agentes Comunitários de Saúde de Marília, o idoso é visto como uma pessoa insatisfeita com a vida, mais emotiva, inativa e com maior propensão a sofrer acidentes automobilísticos e no trabalho. Isto revela claramente a persistência dos estereótipos

negativos em nosso meio, os quais sustentam a discriminação contra a velhice, podendo vir a comprometer o próprio processo de envelhecimento do indivíduo. Estudos como o de Levy, Ashman e Dror (2000) têm mostrado que estereótipos negativos da velhice, transmitidos socialmente, podem enfraquecer a vontade de viver dos idosos.

Nosso estudo permitiu a comparação dos dois modelos de atenção básica vigentes no município de Marília: a UBS, modelo tradicional, mais antigo, com áreas de abrangência extensas, mais passivo em suas responsabilidades, organizado pelas práticas individuais dos profissionais; e seu substitutivo, a USF, modelo recente de reorganização da atenção primária, centrado na família, na vigilância à saúde e equipe multiprofissional.

Em Marília, verificamos que os ACS das USF tiveram uma média de acertos discretamente maior que aqueles das UBS, porém sem significado estatístico. Assim, apesar dos ACS de UBS terem sido mais capacitados, isto não se refletiu em um melhor desempenho na escala de conhecimentos gerontológicos, diferentemente do que foi observado no contexto geral dos ACS, em que a participação em capacitação esteve diretamente associada ao grau de acertos no questionário.



*Árvore da vida. Gustavo Klimt, 1909*

## 5 Considerações Finais

---

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo presente estudo, concluímos que o grupo de Agentes Comunitários de Saúde de Marília é formado por mulheres, casadas, na meia-idade, com escolaridade média, que trabalham complementando a renda familiar, possuindo seis anos de trabalho nesta função. A maior parte destes profissionais tem história de convivência intra-domiciliar e experiência com grupos de idosos nas unidades de saúde, porém menos de 50% participou de algum tipo de capacitação em envelhecimento.

Em Marília, os ACS estão distribuídos em Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família. Nas primeiras, onde a população idosa é maior, os agentes comunitários são mais velhos, têm mais tempo de trabalho, maior convivência intra-domiciliar, mais experiência com grupos de idosos e referem mais capacitação em envelhecimento.

Quanto às atitudes em relação à velhice, as avaliações positivas ocorreram principalmente em alguns aspectos como a sabedoria e generosidade dos idosos, porém ainda são marcantes avaliações negativas como para a lentidão e rigidez às mudanças. Nas unidades de saúde com menor índice de idosos, as atitudes foram significativamente mais positivas. Nas áreas com maior população idosa, há no entanto, maior equilíbrio entre atitudes positivas e negativas.

Ao avaliarmos os conhecimentos em gerontologia destes profissionais, verificamos que o número de acertos foi baixo, abrangendo principalmente os aspectos físicos do envelhecimento e estando diretamente associado às capacitações recebidas pelos Agentes Comunitários de Saúde. As análises permitiram ainda observar uma série de estereótipos em relação aos idosos, na medida em que muitos profissionais os consideram insatisfeitos e dependentes.

Frente ao rápido processo de transição demográfica, há que se debruçar sobre as concepções e práticas que os profissionais da atenção primária à saúde vêm estabelecendo junto à população idosa. Neste contexto, abastecer o Agente Comunitário de Saúde de conhecimentos específicos acerca da velhice, com vistas a mudanças de atitudes, pode fortalecer o papel deste profissional nas equipes e, a partir daí, melhorar o cuidado prestado junto à população idosa.



## *Referências*

---

---

## REFERÊNCIAS

AGUILAR, L.E.; CACHIONI, M. Crenças em relação à velhice entre alunos da graduação, funcionários e coordenadores-professores envolvidos com as demandas da velhice em universidades brasileiras. **Rev. Kairos**, v.11, n.2, p.95-119, 2008.

AJZEN, I. Nature and operation of attitudes. **Annu. Rev. Psychol.**, v.52, p.27-58, 2001.

BACHILLI, R.G.; SCAVASSA, A.J.; SPIRI, W.C. A identidade do Agente Comunitário de Saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.13, n.1, p.51-60, 2008.

BARROS, D.F. **Avaliação da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil**. 2006. 140f. Tese (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

BARROS, D.F. et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, v.19, n.1, p.78-84, 2010.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BEZERRA, A.F.B.; ESPIRITO SANTO, A.C.G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.5, p.809-815, 2005.

BRAGHIROLI, E.M.; PEREIRA, S.; RIZZON, L.A. **Temas de psicologia social**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 dez. 1997.

---

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional**. Brasília: MEC, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#acs>>. Acesso em: 10 Jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#mapas>>. Acesso em: 10 Jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 23 Out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006b.

CACHIONI, M. **Envelhecimento bem-sucedido e participação numa Universidade para a terceira idade: a experiência dos alunos da Universidade São Francisco**. 1999. 104f. Tese (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

CACHIONI, M. **Quem educa os idosos**: um estudo sobre professores de universidades da terceira idade. Campinas: Alínea, 2002.

CACHIONI, M.; NERI, A.L. Educação e gerontologia: desafios e oportunidades. **Rev. Brás. Ciênc. Envelhec. Hum.**, v.1, n.1, p.99-115, 2004.

CAMARANO, A.M. Envelhecimento da população brasileira. In: FREITAS, E.V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap.10, p.88-105.

CAVAZZA, N. **Psicologia das atitudes e das opiniões**. Tradução de Alda da Anunciação Machado. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n.2, p.184-200, 1997.

COHEN, R; MUSIL, R. Atitudes: conceito, formação e mudança. In: RODRIGUES, A.; ASSMAR, E.M.L.; JABLONSKI, B. **Psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2005. cap.3, p.97-176.

DEBERT, G.G. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In: NERI, A.L.; DEBERT, G.G. (Orgs.). **Velhice e sociedade**. Campinas: Papyrus, 1999. cap.3, p.41-68.

DIOGO, M.J.D. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.12, n.2, p.280-282, 2004.

ESPÍNOLA, F.D.S.; COSTA, I.C.C. Agentes comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, v.18, n.1, p.43-51, 2006.

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.782-788, 2010.

FERRAZ, L; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.10, n.2, p.347-355, 2005

FERRIGNO, J.C.; LEITE, M.L.C.B.; ABIGALIL, A. Centros e grupos de convivência de idosos: da conquista do direito ao lazer ao exercício da cidadania. In: FREITAS, E.V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap.156, p.1436-1443.

FEUERWEKER, L.C.M.; ALMEIDA, M.J. O Programa de Saúde da Família e o direito à Saúde. **Olho Mágico**, v.6, n.22, p.22-25, 2000.

FITZGERALD, J.T. et al. Relating medical students knowledge, attitudes, and experience to an interest in geriatric medicine. **Gerontologist**, v.43, n.6, p.849-855, 2003.

FONSECA, R.P. et al. Representações do envelhecimento em agentes comunitários de saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.13, n.4, p.1275-1284, 2008.

GALAVOTE, H.S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciênc. Saúde Colet.**, v.16, n.1, p.231-240, 2011.

GUSMAO, N.M.M. A maturidade e a velhice: um olhar antropológico. In: NERI, A.L. **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas: Papyrus, 2001. cap.5, p.113-139.

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

HOBBS, C. Physiotherapy students' attitudes towards and knowledge of older people. **Aust. J. Physiother.**, v.52, n.2, p.115-119, 2006.

HWEIDI, I.M.; AL-OBEISAT, S.M. Jordanian nursing students' attitudes toward the elderly. **Nurs. Educ. Today**, v.26, n.1, p.23-30, 2006.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais:** 2008. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1233&](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1233&)> Acesso em: 15 Nov. 2010.

IBGE. **Estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 2009, segundo os municípios.** Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009\\_DOU.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf)>. Acesso em: 13 Dez. 2010.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira.** 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2009/default.shtm>>. Acesso em: 20 Jan. 2011.

IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil.** 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/default.shtm>>. Acesso em: 15 Nov. 2010.

IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil.** 2010b. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indicsaude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf)> Acesso em: 25 Nov. 2010.

JARDIM, V.C.F.S.; MEDEIROS, B.F.; BRITO, A.M. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. **Rev. Bras. Geriat. Gerontol.**, v.9, n.2, p.25-34, 2006.

KLUTHCOVSKY, A.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.176-183, 2007.

LAMBERT, W.W.; LAMBERT, W.E. **Psicologia social.** Tradução de Dante Moreira Leite. 5.ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

LASLETT, P. **A fresh map of life:** the emergence of the third age. Cambridge: Harvard University Press, 1991.

LEE, A.C.; WONG, A.K.; LOH, E.K. Score in the palmore's aging quiz, knowledge of community resources and working preferences of undergraduate nursing students toward the elderly in Hong Kong. **Nurse Educ. Today**, v.26, n.4, p.269-276, 2006.

LESBAUPIN, S.F.; MALERBI, F. O idoso por ele mesmo. **Rev. Kairós**, v.9, n.2, p.51-67, 2006.

LEVY, B.; ASHMAN, O.; DROR, I. To be or not to be: the effects of aging stereotypes on the will to live. **OMEGA**, v.40, n.3, p.409-420, 2000.

LOTUFO, P. **Como funciona a transição demográfica**. Disponível em: <<http://pessoas.hsw.uol.com.br/transicao-demografica1.htm>> Acesso em: 15 Maio 2010.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. **Cad. Saúde Pública**, v.3, n.3, p.217-220, 1987.

KRECH, D.; CRUTCHFIELD, R.S.; BALLACHEY, E.L. **O indivíduo na sociedade**: um manual de psicologia social. São Paulo: Livraria Pioneira, 1969.

MARÍLIA. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2008**. Marília. 2008.

MARÍLIA. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2010**. Marília. 2011.

MARIN, M.J.S. et al. A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.11, n.2, p.245-258, 2008.

MARTINS, J.J. et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.10, n.3, p.371-382, 2007.

MARTINS DE SÁ, J.L. A formação de recursos humanos em gerontologia: fundamentos epistemológicos e conceituais. In: FREITAS, E.V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap.160, p.1473-1479.

MENDES, J.M.R.; LEWGOY, A.M.B.; SILVEIRA, E.C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Rev. Ciênc. Saúde**, v.1, n.1, p.24-32, 2008.

MOREIRA, M.M. O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, v.15, n.1, p.79-93, 1998.

MOTTA, L.B.; CALDAS, C.P.; ASSIS, M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI-UNATI/UERJ. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.13, n.4, p.1143-1151, 2008.

NARDI, E.F.R.; OLIVEIRA, M.L.F. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.29, n.1, p. 47-53, 2008.

NASCIMENTO, C.M.B. **Análise do cumprimento das prática dos agentes comunitários de saúde em municípios da região metropolitana do Recife**. 2008. 158f. Tese (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v.6, n.1, p.4-6, 2008.

NERI, A.L. **Envelhecer num país jovens**: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos. Campinas: Editora da UNICAMP, 1991.

NERI, A.L. **Atitudes e crenças em relação à velhice**. O que pensa o pessoal do SENAC – São Paulo. Relatório técnico. São Paulo: Senac, 1995.

NERI, A.L. Atitudes em relação à velhice: questões científicas e políticas. In: FREITAS, E.V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap.140, p.1316-1323.



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. **Estud. Psicol.**, v.23, n.2, p.127-137, 2006.

NERI, A.L. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Edições SESC-SP, 2007.

OSGOOD, C.E.; SUCI, G.J.; TANNENBAUM, P.H. **The measurement meaning**. Chicago: University of Illinois, 1971.

PALMORE, E.B. Ageism. In: REDBURN, D.E.; McNAMARA, R.P. **Social gerontology**. Westport: Auburn House, 1998. chap.3, p.29-42.

PALMORE, E.B. **Ageism: negative and positive**. 2.ed. New York: Springer Publishing Company, 1999.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap.1, p.2-12.

PERES, C.R.F.B. **O trabalho do agente comunitário de saúde no município de Marília-SP**. 2006. 165f. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2006.

PINTO, E.S.G., MENEZES, R.M.P., VILLA, T.C.S. **Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim**. Rev. Esc. Enferm. USP, v.44, n.3, p.657-64, 2010.

PROTTI, S.T. **A saúde do idoso sob a ótica da equipe do programa de saúde da família**. 2002. 117f. Tese (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

PUPIN, V.M.; CARDOSO, C.L. Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de “ser agente”. **Estud. Psicol.**, v.13, n.2, p.157-163, 2008.

RAGAN, A.M.; BOWEN, A.M. Improving attitudes regarding the elderly population: the effects of information and reinforcement for change. **Gerontologist**, v.41, n.4, p.511-515, 2001.

RESENDE, M.C. **Atitudes em relação ao idoso, à velhice pessoal e ao portador de deficiência física em portadores de deficiência física**. 2001. 89f. Tese (Mestrado em Gerontologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

REUBEN, D.B. et al. Attitudes of beginning medical students toward older persons: a five-campus study. The University of California Academic Geriatric Resource Program Student Survey Research Group. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.43, n.12, p.1430-1436, 1995.

SANTANA, J.Á. **A influência da migração no processo de envelhecimento populacional das regiões de planejamento do estado de Minas Gerais**. 2002. 111f. Tese (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunic. Saúde Educ.**, v.6, n.10, p.75-96, 2002.

SILVA, F.P. **Crenças em relação à velhice, bem-estar subjetivo e motivos para frequentar universidade da terceira idade**. 1999. 106f. Tese (Mestrado em Educação) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

SILVA, L.R.F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos**, v.15, n.1, p.155-168, 2008.

SIQUEIRA, M.E.C. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: NERI, A.L. **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas: Papyrus, 2001. cap.5, p.73-112.

---

SOSSAI, L.C.F. **Atenção Primária à Saúde no município de Marília-SP: repensando o trabalho do agente comunitário de saúde**. 2008. 102f. Tese (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

TEIXEIRA, M.C.T.V.; SCHULZE, C.M.N.; CAMARGO, B.V. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde. **Estud. Psicol.**, v.7, n.2, p.351-359, 2002.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.3, p.548-554, 2009.

WALSH, M.S.W.F. A família no estágio tardio da vida. In: CARTER, B.; McGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. cap.14, p.269-287.

WHITAKER, D.C.A. O idoso na contemporaneidade: a necessidade de se educar a sociedade para as exigências desse “novo” ator social, titular de direitos. **Cad. Cedes**, v.30, n.81, p.179-188, 2010.

WILLIAMS, B.; ANDERSON, M.C.; DAY, R. Undergraduate nursing students' knowledge of and attitudes toward aging: comparison of context-based learning and a traditional program. **J. Nurs. Educ.**, v.46, n.3, p.115-120, 2007.

ZIMERMAN, G.I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

*Anexos*

---

## ANEXOS

### ANEXO 1



## FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo  
Seres Humanos – CEP/FAMEMA

Marília, 26 de Novembro de 2009

Ilmo<sup>(a)</sup> Sr.<sup>(a)</sup>  
Dr. Virgílio Moraes Ferreira  
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 643/09, intitulado: “Atitudes e Conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde em Relação à Velhice”, foi considerado **APROVADO “Ad Referendum”** após responder as pendências apontadas em Reunião Ordinária – 09/11/09, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde, podendo ser iniciado

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz**  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa  
Envolvendo Seres Humanos

## ANEXO 2

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP



CÂMPUS DE BOTUCATU

FACULDADE DE MEDICINA

RUBIÃO JÚNIOR - BOTUCATU - SP - CEP: 18618-970 - TELEFONES: (14) 6802-6260 / 6802-6089 - FAX: (14) 6821-5965 - CAIXA POSTAL: 540

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu \_\_\_\_\_ estou sendo convidado(a) a participar de um estudo denominado “Atitudes e conhecimentos de Agentes Comunitários de Saúde em relação à velhice”, realizado sob a responsabilidade do Médico Virgílio Moraes Ferreira, com a supervisão da Profª Drª Tânia Ruiz. O objetivo do estudo é: descrever e analisar as atitudes e conhecimentos dos Agentes Comunitários de Saúde de Marília-SP em relação à velhice.

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder ao questionário proposto pelo pesquisador. 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.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Virgílio Moraes Ferreira

Marília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

Virgílio Moraes Ferreira CRM/SP 109796  
Rua Ernesto Peterson, 103  
Fone: 014 34818232 e-mail: virgilio@famema.br  
CEP: 17511-320, Marília – SP

Tania Ruiz CRM/SP 24972  
Rua Reverendo Francisco Lotufo, 730, apto 22.  
Fone: 014 38823309 e-mail: truz@fmb.unesp.br  
CEP 18606-810, Botucatu – SP

### ANEXO 3

#### QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Número de identificação \_\_\_\_\_

Nome da Unidade em que trabalha: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Sexo: MASC ( ) FEM ( )

Estado Civil: CASADO

SOLTEIRO

VIÚVO

DESQUITADO, DIVORCIADO, SEPARADO

Renda familiar: \_\_\_\_\_ reais

Anos de escolaridade: \_\_\_\_\_ anos

Anos de trabalho como Agente Comunitário de Saúde: \_\_\_\_\_ anos

Você mora ou já morou com idosos?

( ) SIM ( ) NÃO

Você tem alguma experiência de trabalho com grupo de idosos?

( ) SIM ( ) NÃO

Você já participou de alguma capacitação em Saúde do Idoso?

( ) SIM ( ) NÃO

## ANEXO 4

**MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DA PESQUISA “ATITUDES E CONHECIMENTOS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À VELHICE”**

**“Escala de Atitudes em Relação à Velhice”**

Você encontrará a seguir 30 pares de adjetivos ou características que se aplicam a pessoas. Para cada par de atributos opostos, leia primeiro com atenção, pense bem e conclua qual deles mais se aplica a idosos de um modo geral. O resultado de sua avaliação deverá ser assinalado na escala de cinco pontos que fica entre cada par de adjetivos. O 1 representa o valor mais baixo e o 5 o mais alto. Imagine que estivéssemos avaliando o que as pessoas pensam sobre o carnaval. Poderíamos apresentar dois pares de adjetivos. Assim, o Carnaval é:

Alegre |---|---|---|---| Melancólico

1 2 3 4 5

Pecaminoso |---|---|---|---| Inocente

1 2 3 4 5

Ao avaliarmos o primeiro par, isto é, se o Carnaval é alegre, consideraremos o número 1 como o que mais reflete a qualidade de ser alegre e o 5 o que melhor expressa a noção de que o Carnaval é melancólico. Vale o mesmo raciocínio em relação ao segundo par de atributos – pecaminoso/inocente -, em que 1 representa o maior grau de pecado e 5 o maior grau de inocência, na avaliação do evento carnaval.

É pensando em termos de graduação ao longo de um contínuo que você responderá aos 30 pares de atributos que aparecem a seguir. Procure trabalhar com atenção e cuidado, sem pular nenhum par. Depois que escolher ponto que corresponde à sua opinião, faça um X em cima do número correspondente. Não marque mais de um número em nenhum dos pares.



**O IDOSO É:**

- 1 Sábio |-----|-----|-----|-----| Tolo  
1 2 3 4 5
- 2 Destrutivo |-----|-----|-----|-----| Construtivo  
1 2 3 4 5
- 3 Bem-humorado |-----|-----|-----|-----| Mal-humorado  
1 2 3 4 5
- 4 Rejeitado |-----|-----|-----|-----| Aceito  
1 2 3 4 5
- 5 Desconfiado |-----|-----|-----|-----| Confiante  
1 2 3 4 5
- 6 Entusiasmado |-----|-----|-----|-----| Deprimido  
1 2 3 4 5
- 7 Isolado |-----|-----|-----|-----| Integrado  
1 2 3 4 5
- 8 Ultrapassado |-----|-----|-----|-----| Atualizado  
1 2 3 4 5
- 9 Valorizado |-----|-----|-----|-----| Desvalorizado  
1 2 3 4 5
- 10 Agradável |-----|-----|-----|-----| Desagradável  
1 2 3 4 5

- 
- 11 Doentio 1-----1-----1-----1-----1 Saudável  
1 2 3 4 5
- 12 Cordial 1-----1-----1-----1-----1 Hostil  
1 2 3 4 5
- 13 Ativo 1-----1-----1-----1-----1 Inativo  
1 2 3 4 5
- 14 Introvertido 1-----1-----1-----1-----1 Sociável  
1 2 3 4 5
- 15 Desinteressado 1-----1-----1-----1-----1 Interessado pelas  
1 2 3 4 5 pessoas
- 16 Esperançoso 1-----1-----1-----1-----1 Desesperado  
1 2 3 4 5
- 17 Mesquinho 1-----1-----1-----1-----1 Generoso  
1 2 3 4 5
- 18 Dependente 1-----1-----1-----1-----1 Independente  
1 2 3 4 5
- 19 Produtivo 1-----1-----1-----1-----1 Improdutivo  
1 2 3 4 5
- 20 Progressista 1-----1-----1-----1-----1 Retrógrado  
1 2 3 4 5
- 21 Confuso 1-----1-----1-----1-----1 Claro  
1 2 3 4 5
-

- 22      Condescendente |-----|-----|-----|-----| Crítico  
                          1    2    3    4    5
- 23              Preciso |-----|-----|-----|-----| Impreciso  
                          1    2    3    4    5
- 24              Seguro |-----|-----|-----|-----| Inseguro  
                          1    2    3    4    5
- 25      Concentrado |-----|-----|-----|-----| Distraído  
                          1    2    3    4    5
- 26              Rápido |-----|-----|-----|-----| Lento  
                          1    2    3    4    5
- 27              Flexível |-----|-----|-----|-----| Rígido  
                          1    2    3    4    5
- 28              Criativo |-----|-----|-----|-----| Convencional  
                          1    2    3    4    5
- 29      Persistente |-----|-----|-----|-----| Inconstante  
                          1    2    3    4    5
- 30              Alerta |-----|-----|-----|-----| Embotado  
                          1    2    3    4    5

Fonte: NERI, A.L. Envelhecer num País Jovem: Significados de Velho e Velhice Segundo Brasileiros Não-idosos. Campinas: Editora da Unicamp, 1991

---

**ANEXO 5****QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS EM RELAÇÃO À VELHICE**

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

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



## ANEXO 6

### **DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS EM RELAÇÃO À VELHICE**

Cognitivo – itens 1,12

Físico – itens 2,4,6,8,14,14

Psicológico – itens 5,11,13,16,23,24

Social – itens 7,17,19,20,21,22,25

Físico/psicológico – item 3

Psicológico/social/físico – item 10

Físico/cognitivo – item 9

Psicológico/social – item 15

Fonte: Cachioni M. Quem Educa Os Idosos? Um Estudo Sobre Professores de Universidades da Terceira Idade. Campinas: Átomo e Alínea, 2002.