

## Aids e velhice: crenças e atitudes de agentes comunitários de saúde

**Raquel Farias Diniz**

*Universidade Federal da Paraíba – Brasil*

**Ana Alayde Werba Saldanha**

*Universidade Federal da Paraíba – Brasil*

### Resumo

Esta pesquisa teve como objetivo investigar, em agentes comunitários de saúde (ACSs) integrados ao Programa de Saúde da Família (PSF) que atuam em municípios do estado da Paraíba, atitudes relacionadas à velhice e suas crenças sobre a AIDS, e da AIDS na especificidade deste contexto. Tratou-se de um estudo de campo de cunho quantitativo, tendo sido utilizado um Questionário de Atitudes e Crenças acerca da velhice e da AIDS, elaborado para o estudo. Os resultados apontam para uma visão positiva do idoso. Morte e término são idéias associadas à AIDS e também sugerem o desconhecimento ou descrença no tratamento. Os ACSs reconhecem a vulnerabilidade do idoso, que pode contrair o vírus por via da atividade sexual e do uso de drogas injetáveis. Os participantes acreditam que o idoso tem informações a respeito da AIDS, embora discordem da necessidade de campanhas voltadas para este público. Tais resultados sinalizam a necessidade de maior preparo destes profissionais para o atendimento e trabalho informativo sobre a temática da AIDS na velhice.

**Palavras-chave:** AIDS, Agentes comunitários de saúde, Velhice, Atitudes, Crenças.

## Aids and elderly: Beliefs and attitudes of community health agents

### Abstract

This study aimed to investigate in community health agents (CHAs) integrated into the Family Health Program (FHP) who work in cities in Paraíba, the attitudes about elderly and beliefs about AIDS, and AIDS in this context's specificity. It was quantitative-oriented study that used the Questionnaire of Attitudes and Beliefs about Elderly and AIDS prepared for the study. The results indicate a positive vision of the elderly. Death and end are linked ideas with AIDS and also suggest the ignorance or disbelief in treatment. The ACSs recognize the vulnerability of the olders, who may contract the virus through sexual activity and using drugs. The participants believe that the olds have information about AIDS, but disagree about the necessity of campaigns targeted to this audience. These results indicate the necessity of better preparation of professionals to take care of these people and to do the informative work on the topic of AIDS in old age.

**Keywords:** AIDS, Community health agents, Elderly, Attitudes, Beliefs.

---

Endereço para correspondência: Raquel Farias Diniz, Rua José Simões de Araújo, Bessa, 967. João Pessoa – PB. E-mail: raquelfdiniz@gmail.com.

Trabalho intitulado "Aids na Velhice: representações por Agentes Comunitários de Saúde" apresentado na XXXVII Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, realizada no período de 25 a 28 de outubro de 2007, no formato de Painel.

### **AIDS e vulnerabilidade na velhice**

A AIDS é conceituada por Seffner (1998), como uma síndrome, ou seja, um conjunto de doenças derivadas da infecção e manifestações do vírus HIV nas células do sistema imunológico, sendo considerada, também, um fenômeno social de amplas proporções que suscita questões polêmicas entre os mais diversos grupos sociais, pois engloba temas como a sexualidade, o uso de drogas injetáveis, as questões éticas de investigações científicas, as lutas em favor dos direitos à medicamentos e contra a discriminação, entre outras questões.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), no ano de 2025 o Brasil se tornará o sexto país do mundo a conviver com a população mais numerosa de idosos. Neste contexto, a AIDS afigura-se como um risco eminente que atinge cada vez mais esta camada idosa da população, constituindo uma das tendências atuais da epidemia (Silva 2005).

O novo perfil no curso da epidemia da AIDS aponta para o crescente número de casos na faixa etária acima de 50 anos. As estatísticas nacionais apontam um total de 30.827 casos de AIDS em maiores de 50 anos no Brasil, dos quais 8.339 em pessoas com idade de 60 anos ou mais (Brasil, 2005). Considerando que a subnotificação de casos no Brasil varia de 24% a 65%, pode-se concluir que este número pode ser bem maior (Oliveira & Cabral, 2004). Feitosa, Souza e Araújo (2004) ressaltam que a doença nesta população específica apresenta grande relevância epidemiológica, não pelos números absolutos, mas pelas taxas de incidência (7,6 casos p/1000.000), prevalência (224,9 p/ 1000.000 hab. no sexo masculino), letalidade (43,9%) e anos potenciais de vida perdidos (em até 15 anos). Entre as causas apontadas estão as notificações tardias, poucas pesquisas na área, confusões no diagnóstico e resistência ao tratamento. Entretanto, segundo Lieberman (2000), a possibilidade de uma pessoa idosa ser infectada pelo HIV parece ser invisível aos olhos da sociedade e aos dos próprios idosos.

A atenção com a saúde do ao contexto da AIDS, tanto para as instâncias político-administrativas quanto para a sociedade em geral. A OMS propõe uma política de envelhecimento ativo a fim de possibilitar o

favorecimento da qualidade de vida das pessoas na terceira idade a partir de seis aspectos determinantes: econômicos; sociais; ambiente físico; pessoal; comportamentais; serviços sociais e de saúde. Esta política de envelhecimento abarca ainda, a idéia do idoso como possível portador do vírus HIV ou como cuidador de familiares portadores do vírus. Além disso, a OMS assinala a necessidade do desenvolvimento de pesquisas em AIDS direcionadas para esta população (OMS, 2005).

No contexto da vulnerabilidade à AIDS na velhice, a percepção do idoso como assexuado, torna-se uma questão importante (Barbosa, 2005). A partir dos avanços tecnológicos, dos recursos farmacológicos há a produção de drogas de estimulação sexual que favorecem a prática sexual aos idosos em dificuldade erétil e do tratamento de reposição hormonal para as mulheres, que permite a manutenção do desejo sexual, houve um prolongamento da possibilidade da atividade sexual na velhice. Por outro lado, a resistência em se utilizar preservativo (Silva, 2005), aliado à ausência de uma possível gravidez devido à menopausa (Lieberman, 2000), a descrença, por parte da sociedade na possibilidade do uso de drogas injetáveis pelos idosos (Feitosa et al., 2004) e a crença em torno da falta de sexualidade no idoso, convergem para sua vulnerabilidade. Os estigmas que acompanham aspectos relacionados à AIDS constituem, ainda hoje, um bloqueio ao atendimento e à assistência ao portador do HIV (Malbenguier, 2000). Além disso, a complexidade deste trabalho tem um duplo efeito sobre o profissional: além de acarretar num enorme desgaste psicológico, dificulta a identificação dos principais fatores deste desequilíbrio, multideterminado pelo medo, pela falta de informação, pelas crenças individuais e principalmente pela forma fragmentada com que a doença é encarada nos meios especializados. A isso se adiciona o risco de contaminação implícito nas relações do profissional de saúde com o paciente, por meio de exposição acidental a material biológico potencialmente contaminado, no transcurso do seu trabalho. Os próprios profissionais têm reconhecido o estigma e o medo, seguidos de sentimentos de desconforto e perplexidade, que

representam fortes barreiras à realização de vínculos significantes com o paciente soropositivo (Figueiredo, 2001; Saldanha, 2003).

### **Agentes Comunitários de Saúde e a atenção ao idoso no contexto da AIDS**

Em 1994, o Ministério da Saúde adotou o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica e estruturação do sistema de saúde. O programa é composto por práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais.

A estratégia do PSF tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes saúde da família (composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário) na unidade de saúde ou nos domicílios. Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade (Ministério da Saúde, 2001).

Como integrante da Equipe de Saúde da Família, o ACS é responsável pelo acompanhamento de aproximadamente 150 famílias que vivem em seu perímetro de ação. Ele é necessariamente morador da localidade e faz uso de sua capacidade de liderança em ações que melhoram as condições de vida e de saúde da comunidade (Ministério da Saúde, 2001). Neste contexto, os ACSs vêm se constituindo como segmento efetivo do trabalho em saúde, que se apresenta não apenas como suporte para gerar determinadas ações em saúde, mas, também, como peça essencial na organização da prevenção e assistência. Por vivenciar os problemas e morar na

comunidade em que desempenha a sua prática de trabalho, o ACS figura como importante elo de interlocução entre a equipe e o usuário, na promoção da atenção à saúde.

Em vista do aumento da população idosa no Brasil, o sistema de saúde deve estar preparado para atender as demandas sociais, sanitárias, econômicas e afetivas de uma população à qual se soma anualmente meio milhão de idosos ao longo da primeira década deste século e de mais de um milhão ao chegar a 2020 (Lebrão & Duarte, 2003).

O maior desafio que surge na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas.

O olhar voltado para o idoso, dentro da Estratégia de Saúde da Família, precisa estar atento para as mudanças físicas consideradas normais, para a identificação precoce de suas alterações patológicas e para a importância de se alertar a comunidade sobre os fatores de risco aos quais o idoso está potencialmente exposto, a fim de intervir para sua eliminação ou minimização. Os profissionais devem, ainda, prezar pela manutenção do idoso na rotina familiar e na vida da comunidade como fatores fundamentais para a manutenção do seu equilíbrio físico e mental, sendo esta uma das mais importantes missões daqueles que lidam com a Atenção Básica (Silvestre & Costa Neto, 2003).

Como atribuições específicas no trato com a pessoa idosa, os ACSs 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).

Protti (2002) frisou a relevância do papel do ACS, como sendo um elo entre o serviço de saúde e os idosos, a partir das visitas domiciliares que visam a melhoria e o bem-estar desta população. O agente comunitário possui um trabalho importante dentro da equipe, pois dá sustentação à mesma e também assegura a adesão de idosos aos grupos desenvolvidos pelas unidades de saúde por via de sua ação extramuros.

Bezerra, Espírito Santo e Batista Filho (2005) observaram, em pesquisa realizada com ACSs, numa amostra prioritariamente feminina, que as agentes identificam como principal atribuição no atendimento ao idoso desenvolver atividades de educação em saúde e realizar ações básicas e que as mesmas referem opinião de valor negativo em relação ao envelhecimento. O cuidado com os problemas de saúde foi identificado como a principal responsabilidade da agente e a organização dos serviços foi uma das dificuldades para operacionalizar o atendimento. A sondagem em relação às expectativas revelou o desejo das agentes por mais conhecimento em envelhecimento.

Em se tratando de envelhecimento e AIDS, o aumento da frequência de práticas sexuais entre pessoas idosas tem levado à preocupação com o trabalho de prevenção e orientação direcionada, cabendo aos profissionais de saúde monitorar e acompanhar o aumento destas práticas por via dos serviços de Atenção Básica e dos serviços especializados. As pessoas que vivem com HIV/AIDS também têm demandas específicas que devem ser consideradas, entre as quais se ressalte a importância de melhor compreender os efeitos colaterais do tratamento sobre a sexualidade e de se prover os insumos necessários para adoção de práticas sexuais seguras (Brasil, 2006).

O trabalho informativo-educativo dos ACSs nas comunidades e dos profissionais das equipes de saúde deve despertar nos indivíduos a necessidade de realizar o teste anti-HIV. Pessoas com sintomas sugestivos de infecção pelo HIV, ao chegarem às unidades de saúde em busca do esclarecimento para seu quadro clínico,

devem receber orientação de forma a oportunizar o diagnóstico ao primeiro contato e encaminhamento aos serviços especializados disponíveis no SUS.

Os agentes comunitários são uma importante via de identificação das vulnerabilidades e risco para as DSTs, nas comunidades em que atuam. É esperado que tenham um olhar sobre os diferentes aspectos da vida dos diversos segmentos populacionais, assim como uma abordagem objetiva no trato com a sexualidade e as vulnerabilidades. A atuação dos agentes pode contribuir para o aumento na procura do serviço, para a desmistificação da testagem anti-HIV e melhora na receptividade, para o aconselhamento e mudanças práticas. Seu atendimento qualificado é caracterizado por prestar informações relacionadas com DST/AIDS; disponibilizar meios de prevenção; encaminhamento dos usuários para realização de testagem; oferecer apoio nas situações em que os usuários compartilham angústias e ter disponibilidade para o diálogo (Ministério da Saúde, 2006b).

Atentar para o ACS como uma ferramenta fundamental no alcance e trato com os idosos, que vêm se apresentando como população de risco ao vírus HIV, sugere a importância de investigar suas atitudes e crenças frente à velhice e à AIDS.

Nesse sentido, entendendo atitude como uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido, que predispõe uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a este objeto (Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2002), fica evidente sua influência marcante na adoção de práticas. De acordo com Rodrigues (1991), as atitudes constituem bons preditores de comportamentos, ajudam na formação de conceitos mais estáveis acerca da realidade e são a base de uma série de relações sociais. Segundo o autor, qualquer atividade que vise o bem comum envolve necessariamente uma mudança de atitude, no sentido de torná-la compatível ao bem-estar coletivo. As atitudes frente à velhice, por parte dos ACSs, podem influenciar no atendimento direcionado a esta população.

O componente cognitivo das atitudes inclui o que se sabe sobre o objeto, ou seja, um conjunto de crenças que podem ou não

corresponder à realidade. As crenças podem ser qualificadas como opiniões, boatos, dogmas, convicções e estereótipos (Krüger, 1986). As atitudes envolvem o que as pessoas pensam, sentem e como elas gostariam de se comportar. O comportamento não é apenas determinado pelo que as pessoas gostariam de fazer, mas, também, pelo que elas pensam que devem fazer (normas sociais), pelo que elas têm feito (hábitos) e pelas conseqüências esperadas de seu comportamento (Triandis, 1971).

Investigar as atitudes e crenças dos ACSs relativas à velhice e, mais especificamente, em relação à AIDS, aponta uma via de compreensão e possível otimização dos serviços prestados aos idosos enquanto população de risco e fornece elementos necessários na síntese entre as duas perspectivas que devem prevalecer no atendimento a pessoas com AIDS: a visão compreensiva do profissional sobre a perspectiva do paciente e o envolvimento deste com as condições técnicas do atendimento.

O trato em específico com a população idosa exige uma noção global de suas características e demandas na busca de seu bem estar, rotina funcional e sua inserção familiar e social. O conhecimento acerca das atitudes sobre a velhice e crenças acerca da AIDS, assim como no contexto específico da velhice, por parte dos agentes comunitários, pode contribuir para a elaboração e execução de estratégias e medidas que colaborem para a melhoria na qualidade de vida dos idosos. O presente estudo teve por objetivo investigar, em agentes comunitários de saúde (ACSs) integrados ao Programa de Saúde da Família (PSF) que atuam em alguns municípios do Estado da Paraíba, as atitudes relacionadas à velhice e suas crenças acerca da AIDS, e da AIDS na especificidade deste contexto.

## Método

### Participantes

O estudo contou com a participação voluntária de 168 Agentes Comunitários de Saúde vinculados ao Programa de Saúde da Família, que atuam nos municípios da Paraíba. A média de idade entre os participantes foi de 32 anos (DP= 8,9),

variando de 22 a 71 anos. A maior parte dos respondentes é do sexo feminino (75%). 76% dos participantes cursaram o ensino médio. A renda familiar gira em torno de dois a três salários mínimos (67%). Em relação ao tempo de atividade como ACS: 54% dos respondentes têm até seis anos de atividade e 46% atuam como ACS há mais de 6 anos, atingindo o máximo de 20 anos.

### Instrumentos

A parte inicial do formulário da pesquisa contemplou a Escala de Crenças Acerca da AIDS e da AIDS na velhice, desenvolvida para este estudo. O instrumento foi composto por cinquenta e três assertivas: 21 sobre assertivas sobre AIDS e trinta e duas sobre assertivas sobre AIDS na velhice, dispostas numa escala tipo Likert (variando de 1 “Discordo plenamente” à 5 “Concordo plenamente”).

A elaboração deste instrumento contou com o julgamento de 03 juizes e foi pré-testado em uma amostra da população em geral com o objetivo de analisar a receptividade do instrumento e por conseguinte, sondar a clareza das questões propostas e formas de preenchimento, bem como verificar a melhor forma de aplicação, seqüência e elaboração do enunciado das questões e se as respostas anunciadas atendiam ao enunciado de cada questão em particular sendo passíveis de categorização e interpretação. Foi ainda solicitado aos respondentes que analisassem possíveis dificuldades de compreensão de alguns termos e se as questões estavam claras e objetivas. Após a análise do pré-teste, com avaliação das críticas e sugestões, algumas perguntas tiveram sua formulação alterada e outras questões foram acrescentadas sendo, então, elaborado o instrumento definitivo.

A segunda parte do formulário contemplou a Escala de Atitudes em relação ao Idoso e à Velhice Pessoal, a fim de investigar as atitudes em relação à velhice (Neri, 1991, 1995). A escala é composta por 30 pares de adjetivos com significados opostos, dispostos de forma bipolar numa escala de resposta que varia de 1 a 5 pontos. Os adjetivos são agrupados em quatro domínios: a) Cognição: itens referentes à capacidade de processamento da informação e de solução de problemas, com reflexos

sobre a adaptação social; b) Agência: itens referem-se à autonomia e à instrumentalidade; c) Relacionamento social: itens relativos aos aspectos afetivo/emocionais, que se refletem na interação social; d) Persona: itens que dizem respeito à imagem social e refletem os estereótipos sociais mais utilizados para designar os idosos (Tabela 1). A escala avalia os conceitos “O idoso é” e “Quando eu ficar velho eu serei”.

Por fim, questões abordaram dados sócio-demográficos sobre o estado civil, idade, nível de escolaridade, religião, número de filhos e tempo de atividade profissional como agente comunitário.

### Procedimentos

Os instrumentos, agrupados num formulário impresso e auto-instrucional, foram aplicados em sala de aula durante um curso de capacitação para os ACSs atuantes no estado da Paraíba. Foi utilizado um procedimento padrão a fim de garantir o mínimo de respostas enviesadas. Dois aplicadores ficaram responsáveis por dar

explicações aos participantes, sobre como responder o formulário. Em média, 40 minutos foram suficientes para concluir esta atividade.

## Resultados e Discussão

### Atitudes dos ACSs frente à velhice

Uma análise preliminar sobre a variabilidade das respostas mostrou a viabilidade de tratar os pontos 1 e 2, da Escala de Atitudes em relação ao Idoso e à Velhice Pessoal, em conjunto como positivos, 3 como ponto neutro e os pontos 4 e 5 como negativos. No entanto, para facilitar a análise, os valores da escala foram recodificados ficando os valores 1 e 2 como negativos, o 3 permaneceu como neutro e os valores 4 e 5 como positivos. Sendo assim, quanto mais alto o escore, mais positivos os conceitos acerca da velhice.

Inicialmente, no âmbito da Cognição observou-se que o idoso é visto positivamente como sábio e persistente, embora seja considerado negativamente como inseguro e lento.

**Tabela 1: Categorias de Atributos da Escala para Avaliação de Atitudes em Relação ao Idoso. (\*)**

Cognição	Agência	Relacionamento Social	Persona
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
24. Seguro-inseguro	16. Esperançoso-desesperado	12. Cordial-hostil	9. Valorizado-desvalorizado
25. Concentrado-distraído	18. Independente-dependente	15. Interessado/desinteressado pelas pessoas	10. Agradável-desagradável
26. Rápido-lento	19. Produtivo-improdutivo	17. Generoso-mesquinho	20. Progressista-retrógrado
27. Flexível-rígido		22. Condescendente-crítico	14. Sociável-introvertido
28. Criativo-convencional			
29. Persistente-inconstante			
30. Alerta-embotado			

(\*) Os numerais à esquerda dos itens indicam sua ordem de aparecimento no instrumento.

Outros estudos apontam resultados semelhantes. Utilizando esta mesma escala, com alunos de graduação em saúde, Neri e Jorge (2006) observaram que a cognição é um dos domínios pontuados menos positivamente e atribuíram este fato em parte a influência das informações sobre velhice, em parte a certo realismo decorrente do estudo e da exposição ao trabalho com a clientela. Em um estudo sobre o significado atribuído a 'ser idoso', realizado por Reis e Ceolim (2007), foram encontradas qualificações semelhantes: trabalhadores de uma instituição de longa permanência classificaram os idosos positivamente como sábios e negativamente como inseguros. De acordo com as autoras, tais resultados confirmam a manutenção de diversos estereótipos entre estes profissionais (Tabela 2). Protti (2002), ao tratar da ótica da equipe do PSF sobre a saúde do idoso, destaca que os agentes comunitários o vêem como dotado de sabedoria e como motivado.

No domínio da Agência e instrumentalização para desenvolvê-la os dados apontam para uma visão do idoso

como esperançoso e ativo, embora as noções de dependência e de doença ainda estejam presentes (Tabela 3).

Sobre a autonomia na velhice, em estudo realizado por Teixeira, Schulze e Camargo (2002), profissionais da atenção básica caracterizam uma velhice saudável com base na prática de atividades. No estudo realizado por Bezerra et al. (2005), 65% dos ACSs entrevistados referiu opinião de valor negativo associada à presença de enfermidades, dependência física e emocional. Segundo Saygel (1997; citado por Bezerra et al., 2005) existe forte tendência em associar o idoso a noções de dependência social e, principalmente, dependência física. A visão do idoso como ativo, esperançoso, produtivo é de grande importância, visto que potencializa ações que promovam novas possibilidades de viver o envelhecimento, estimulando a participação na vida social, cultural, espiritual e cívica, incentivando a autonomia e a independência (Marques & Carlos, 2005).

**Tabela 2: Médias e Percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio Cognição.**

Variáveis	Média	Negativo (%)	Neutro (%)	Positivo (%)
1. Sábio-tolo	4,15	8,3	16,7	75
21. Claro-confuso	2,92	16,1	24,4	36,9
23. Preciso - impreciso	3,41	22,6	34,5	42,9
24. Seguro-inseguro	2,85	44,1	21,4	34,5
25. Concentrado-distraído	2,83	43,5	23,2	33,4
26. Rápido-lento	2,11	66,7	19,1	14,2
27. Flexível-rígido	2,81	42,3	27,4	30,4
28. Criativo-convencional	2,85	41,1	28,6	30,4
29. Persistente-inconstante	3,77	16,7	21,4	61,9
30. Alerta-embotado	3,44	18,5	38,7	42,9

**Tabela 3: Percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio Agência.**

Variáveis	Média	Negativo (%)	Neutro (%)	Positivo (%)
6. Entusiasmado-deprimido	2,93	32,1	38,7	29,2
11. Saudável-doentio	2,77	40,5	32,1	27,4
13. Ativo-passivo	3,37	25	28	47
16. Esperançoso-desesperado	3,80	16,1	20,8	63,1
18. Independente-dependente	2,63	48,8	23,2	28
19. Produtivo-improdutivo	3,36	14,9	33,9	44,9

No domínio do Relacionamento Interpessoal, que contempla aspectos afetivo-motivacionais e interação social, houve o maior número de qualificações positivas associadas ao idoso, que é visto como construtivo, generoso, cordial e bem humorado, tendo apenas pontuação relevante como negativo o termo desconfiado (Tabela 4).

Os adjetivos com maior pontuação positiva, entre os participantes, são qualidades que favorecem a interação social. Os ACSs reconhecem a necessidade que o idoso tem de socializar-se e conviver com outras pessoas (Protti, 2002). É interessante frisar que a visão positiva do relacionamento social do idoso vai ao encontro de atribuições dos ACSs na equipe do PSF, em relação às visitas domiciliares conforme o planejamento assistencial e o acolhimento de forma humanizada dessas pessoas.

Por fim, no domínio Persona tiveram maior pontuação os termos “agradável” e “atualizado” como pode ser observado na

Tabela 5.

Certa estereotipia negativa é interiorizada enquanto envelhecemos, atribuindo-nos estilos debilitantes, motivações extrínsecas e profecias de fracasso (Lima, 1997; citado por Chaves, s.d.). Nesse sentido, Chaves (s.d.) afirma que cabe aos agentes educativos, como é o caso dos ACSs, assegurar a participação dos indivíduos nas atividades de aprendizagem, desenvolvendo atitudes positivas e mantendo-as e promovendo o empenhamento do idoso na sua própria atualização.

A partir da descrição destes resultados, observa-se que a percepção que os agentes comunitários de saúde têm acerca dos idosos não apresenta grande variabilidade, visto que as médias dos fatores encontraram-se delimitadas entre 3,11 para cognição e 3,33 para relacionamento social. Em números percentuais, os valores negativos extremos não excederam 66,7 e os positivos, 75%. As médias dos itens estiveram entre 2,11 e 4,15.

**Tabela 4: Percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio Relacionamento Social.**

Variáveis	Média	Negativo (%)	Neutro (%)	Positivo (%)
2. Construtivo-destrutivo	3,78	17,9	18,5	63,7
3. Bem/mal humorado	3,39	22	30,4	47,6
5. Confiante-desconfiado	2,73	45,8	25,6	28,6
12. Cordial-hostil	3,41	22,6	29,8	47,6
15. Interessado/ desinteressado pelas pessoas	3,50	18,5	34,5	47,1
17. Generoso-mesquinho	3,75	16,1	23,8	60,1
22. Condescendente-crítico	2,76	39,9	34,5	25,6

**Tabela 5: Percentuais de respostas positivas, negativas e neutras no domínio Persona.**

Variáveis	Média	Negativo (%)	Neutro (%)	Positivo (%)
4. Aceito-rejeitado	2,83	42,3	25	32,8
7. Integrado-isolado	2,90	40,5	28	31,6
8. Atualizado-ultrapassado	3,27	23,8	35,7	40,4
9. Valorizado-desvalorizado	2,89	44,6	18,5	36,9
10. Agradável-desagradável	3,88	12,5	27,4	60,2
20. Progressista-retrógrado	3,19	25	35,7	39,3
14. Sociável-introvertido	3,11	28,6	36,3	35,1



De modo geral, entre os ACSs que participaram desta pesquisa, há visão positiva do idoso (sábio, persistente, ativo, construtivo, esperançoso, generoso e agradável), mas ele também é visto como lento, inseguro, dependente, doentio, desconfiado, rejeitado e desvalorizado. O domínio mais positivo foi Relacionamento Social e o menos positivo foi Cognição. Deve-se ressaltar ainda, o percentual relativamente de respostas neutras (não sei).

Dentro da Estratégia de saúde da família, busca-se a necessária compreensão do processo de envelhecimento como benigno e não patológico, embora se deva considerar que o estresse de agravos físicos, emocionais e sociais, com o passar do tempo, representa uma ameaça à saúde dos idosos. O cuidado com essa parcela da população deveria focalizar a manutenção da saúde, expectativa de vida ativa máxima possível, junto aos seus familiares e comunidade e posse de sua autonomia e independência (Silvestre & Costa Neto, 2003). Entretanto, autores fazem referência à falta de profissionais com formação específica e especializada no atendimento à pessoa idosa. A melhoria na qualidade do cuidar do idoso exige a qualificação das pessoas que o realizam (Gandolfo & Ferrari, 2006).

A formação dos profissionais que atuam na rede de atenção básica está aquém das necessidades da realidade brasileira. É importante ressaltar iniciativas do Ministério da Saúde em parceria com as autoridades locais que investem na capacitação, em especial dos ACSs, que assumem papel de importância na equipe que vai além de meros informantes dos problemas de sua comunidade (Silvestre & Costa Neto, 2003). A capacitação dos ACSs favorece a ampliação de conhecimentos acerca de práticas que ajudam na melhoria de vida da comunidade. No trato com a população idosa, são fornecidos subsídios para que os profissionais atuem na prevenção de doenças e promoção de saúde objetivando um processo de envelhecimento mais saudável e ativo, melhorando a qualidade de vida.

Os resultados aqui apresentados, referentes às atitudes sobre velhice por parte dos ACSs, podem estar permeados pelo conhecimento adquirido no contato direto com os idosos, por informações advindas

dos cursos de capacitação, e ainda por sua possível convivência familiar.

### **Crenças dos ACSs acerca da AIDS e da AIDS na velhice**

Visando encontrar fatores subjacentes ao grupo de variáveis da Escala de Crenças Acerca da AIDS, foi efetuada uma análise fatorial exploratória. No entanto, os resultados do Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = ,63), considerado apenas razoável e do Teste de Esfericidade de Bartlett ( $x^2 = 500,195$ ,  $p < 0,000$ ), procedimentos estatísticos que permitem aferir a qualidade das correlações entre as variáveis, não indicaram a adequação da análise fatorial. Da mesma forma, a Escala de Crenças Acerca da AIDS na Velhice apresentou resultados do Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = ,57) e do Teste de Esfericidade de Bartlett ( $x^2 = 1149,59$ ,  $p < 0,000$ ), não indicando a adequação da análise fatorial. Sendo assim, as variáveis foram agrupadas por categorias de sentido, utilizando-se estatística descritiva.

As variáveis da Escala de Crença Acerca da AIDS foram categorizadas em três dimensões de acordo com a similaridade temática, sendo denominadas de Crenças Psico-Afetivas; Crenças Psicossociais e Crenças Associadas ao Cuidado e Prevenção. Um panorama das médias para as variáveis com maiores e menores médias é apresentado na Tabela 6.

Sobre as Crenças Psico-Afetivas, a maior parte dos respondentes acredita que a AIDS está associada à idéia de morte, e o diagnóstico causaria efeitos irreversíveis na vida do paciente. O índice de concordância para a necessidade de um suporte social e afetivo por parte dos pacientes é baixo.

Em estudo realizado por Silva (2006), conteúdos como término, fim e morte também emergem em discursos de ACSs relativos à AIDS, e o suporte dado aos pacientes é atribuído à religião. Castanha e Araújo (2006) encontraram resultados semelhantes, em estudo realizado também com ACSs a AIDS é representada como uma doença que provoca tristeza e medo, pois é mortal, entretanto, o suporte social e afetivo é visto como importante. A baixa concordância com a necessidade de suporte social é um indício preocupante, visto que esta é uma das vias de ação dos próprios agentes.

**Tabela 6: Maiores e menores médias pontuadas nas variáveis relativas às crenças acerca da AIDS.**

Domínio / Variáveis	Média	DP
Crenças Psico-Afetivas		
02 – A AIDS leva as pessoas a pensarem na morte	3,95	1,35
18 – O paciente HIV precisa de um suporte social e afetivo	1,75	0,95
Crenças Psicossociais		
3 – A AIDS causam vergonha na família do paciente	3,35	1,26
12 – A pessoa com AIDS perde a cidadania	2,43	1,24
Crenças Associadas ao Cuidado e Prevenção		
10 – Os heterossexuais não controlam a transmissão da doença	3,12	1,10
19 – O uso de preservativo nas relações sexuais é um meio importante de salvar vidas	1,58	1,00

Quanto às Crenças Psicossociais, os respondentes acreditam na vergonha por parte da família em ter um parente soropositivo e que a revolta leva os pacientes, com diagnóstico positivo para o HIV, a querer contaminar outras pessoas.

De acordo com Sousa, Kantorski e Bielemann (2004) conviver com um dos integrantes da família acometido pela AIDS vai além das fronteiras físicas que a doença apresenta. Em seu estudo, constatou-se no discurso dos próprios familiares um movimento de afastamento de integrantes da família e de outras pessoas do convívio social do paciente. As reações vindas das pessoas decorrem do processo de simbolização construído socialmente, fruto da associação com condutas e práticas sexuais desviantes ou promíscuas.

Pode-se pensar na origem destas crenças nos ACSs, visto que convivem diretamente com a dinâmica familiar de pessoas acometidas por doenças que também carregam este estigma, assim como com os próprios pacientes. Ainda segundo Sousa et al. (2004) o portador do HIV/AIDS aparece como dotado de comportamentos ou atitudes impróprias ao bem-estar social, porém a falta de informação pode ser uma justificativa razoável.

As variáveis da Escala de Crenças Acerca da AIDS na Velhice foram categorizadas em 6 dimensões, de acordo com as temáticas: Concepções sobre a AIDS na velhice; Contágio, Prevenção,

Preconceito, Interação Social e Vulnerabilidade.

A média de respostas teve pouca variação, apresentando como maior índice de concordância a afirmação sobre o contágio na velhice por via da relações sexuais. Em seguida (Tabela 7) são apresentadas as variáveis de maior e menor média, pontuadas pelos participantes, na Escala de Crenças Acerca da AIDS na Velhice.

A concepção de profissionais de saúde acerca da AIDS na velhice, segundo Oliveira, Saldanha e Araújo (2006), está associada ao preconceito e a estereótipos negativos. De acordo com a autora, é um fator preocupante o fato de os pacientes se submeterem a profissionais que apresentam um preconceito latente em relação aos idosos, exacerbado pela condição de soropositividade. Entretanto, Silva (2006) encontra em discursos de ACSs a comparação com outras doenças, como o câncer, o que poderia ser uma tentativa de diminuir o preconceito social, almejando uma maior inclusão, principalmente nos serviços de saúde.

Os ACSs apresentaram alto índice de concordância sobre o sangue (cirurgia, transfusão), o sexo e o uso de drogas como vias de contágio. A participação em grupos sociais como forma em potencial do contágio conta com baixo índice de concordância.

**Tabela 7: Maiores e menores médias pontuadas nas variáveis relativas às crenças acerca da AIDS na velhice.**

Domínio / Variáveis	Média	DP
Concepções sobre a AIDS na Velhice		
2 – A AIDS na velhice é como outra doença qualquer	2,11	1,20
16 – A AIDS é uma doença de jovens	1,83	1,03
Contágio		
3 – Os idosos podem se contaminar com o HIV através do sexo	4,05	1,05
26 – O fato dos idosos participarem de grupos sociais aumenta a chance de pegar AIDS	2,22	1,21
Prevenção		
12 – O idoso tem informação sobre a AIDS	3,24	1,02
14 – É necessário campanhas sobre AIDS na Terceira Idade	1,77	1,13
Preconceito		
19 – É difícil falar sobre AIDS na velhice	3,41	1,19
15 – A AIDS na velhice é consequência da "libertinagem"	2,85	1,17
Interação Social		
23 – É difícil encontrar quem cuide do idoso soropositivo	3,21	1,21
11 – É melhor o idoso manter segredo de sua contaminação	1,98	1,09
Vulnerabilidade		
32 – Meus amigos podem pegar AIDS	3,96	1,11
30 – Eu conheço idosos com AIDS	2,52	1,17

No que diz respeito às formas de transmissão, ACSs apontam o sexo, transfusão sanguínea e o uso de seringas contaminadas, além do leite materno, como vias possíveis (Castanha & Araújo, 2006). Em relação especificamente ao idoso, os dados corroboraram com os resultados encontrados por Oliveira et al. (2006) segundo os quais profissionais de saúde identificam a transfusão sanguínea, o sexo e o uso de drogas como fatores de risco na população idosa.

De acordo com os dados sobre o domínio da prevenção, os respondentes acreditam que o idoso tem informação sobre a AIDS e que existem campanhas sobre a AIDS na terceira idade, entretanto discordam da necessidade dessas campanhas.

A crença na circulação da informação faz jus ao papel atribuído ao agente comunitário de levar a informação até as famílias atendidas. De acordo com Forte e Spinetti (2004) pode-se verificar que a idéia de ser encarregado de propor medidas preventivas, além de ser um facilitador do

acesso e orientador para a utilização adequada dos usuários às ações e serviços de saúde, está fortemente ancorada nas falas dos ACSs.

Na dimensão preconceito, a dificuldade em falar sobre AIDS na velhice, a rejeição do idoso soropositivo pela sociedade e a dificuldade de aceitação por parte da família são crenças que apresentam maior índice de concordância.

Temáticas que envolvem o preconceito e a estigmatização emergem no discurso dos ACSs estudados por Silva (2006). A infecção é considerada no contexto dos grupos marginalizados, rejeitados pela sociedade e é vista como uma doença do outro, que é culpado por sua situação, o que retoma o discurso da culpabilização e contribui para a individualização do risco. Oliveira et al. (2006) encontraram resultados semelhantes em profissionais de saúde.

A dificuldade em encontrar quem cuide do idoso soropositivo aparece com maior representatividade na dimensão da interação

social. A idéia de que é melhor que idoso mantenha em segredo sua contaminação apresenta baixo índice de concordância.

A pouca participação da família e a curta rede de apoio social na sobrevivência do idoso soropositivo é vista por Diniz, Saldanha e Araújo (2006) em estudo realizado com cuidadores. A atuação dos ACSs possibilita o contato direto com a realidade dos pacientes e favorece a constatação dessa realidade. Mas acreditam que é melhor compartilhar com alguém a situação de soropositividade, o que é um bom indicativo visto que os próprios ACSs funcionam como ponte para uma assistência.

Quanto à vulnerabilidade, os respondentes concordam que seus amigos podem pegar AIDS, e ainda que eles próprios estejam sujeitos ao contágio. Um número considerável de respondentes conhece idosos com AIDS. A percepção da própria vulnerabilidade e de pessoas de seu convívio é importante, pois aproxima o ACS do risco em potencial da comunidade, o que aponta para o número crescente de casos nessa população.

As dimensões de Contágio e Vulnerabilidade apresentaram as maiores médias de resposta. A importância de tal aspecto é a noção que os agentes possuem acerca das possíveis vias que podem levar à contaminação e desta forma podem atuar no sentido de conscientizar e orientar a comunidade, em especial os idosos. A AIDS na velhice é vista, pelos respondentes, como algo possível.

### Considerações finais

Por ser necessariamente um morador da comunidade, o agente vivencia seus problemas diretamente e serve como interlocutor entre a equipe de saúde e o usuário na promoção do cuidado. A ação dos ACSs nesse campo é marcada não só pela identificação e encaminhamento dos casos já evidenciados, trabalhando no sentido da adesão ao tratamento e orientando a família e vizinhança, mas é também marcada pela prevenção.

As atitudes dos participantes frente à velhice pessoal apontam para uma avaliação positiva do idoso e deste modo sugerem a predisposição para uma atuação que leva em consideração os aspectos inerentes a esta

etapa da vida. Tal resultado sinaliza o reconhecimento das especificidades desta camada da população por parte dos ACSs que participaram do estudo.

As crenças acerca da AIDS na velhice apresentam estigmas e preconceitos. Estas podem ser resultantes do conjunto de crenças que permeiam o contexto macrossocial no qual os ACSs estão inseridos. O pouco conhecimento acerca da doença em si e das formas de prevenção se afiguram como uma dificuldade para os próprios agentes. É válido ressaltar que no momento da coleta dos dados os próprios respondentes verbalizaram a necessidade de estimular o debate sobre o tema e a pertinência de conhecer mais a fundo esta realidade. Em alguns locais onde a coleta foi realizada, os coordenadores dos grupos utilizaram a oportunidade para conversar e debater com os agentes sobre esta temática.

Uma visão mais positiva do idoso e as crenças sobre AIDS que envolvem noções de prevenção e contágio indicam caminhos possíveis para a elaboração de novas intervenções envolvendo os agentes comunitários de saúde enquanto ferramentas de ação.

### Referências

- Barbosa, S. M. C. (2005). *A representação da sexualidade e das doenças sexualmente transmissíveis segundo as idosas da cidade de Olinda: estudo de caso na "Cais do Parto" – ONG/OLINDA-PE*. Recuperado em 15 de setembro, 2007, de [http://www.naya.org.ar/congreso2002/po-nencias/sonia\\_maria\\_costa\\_barbosa.htm](http://www.naya.org.ar/congreso2002/po-nencias/sonia_maria_costa_barbosa.htm).
- Bezerra, A. F. B., Espírito Santo, A. C. G., & Batista Filho, M. (2005). Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Revista Saúde Pública*, 39(5), 809-815.
- Brasil (2006). Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de No 648 de março de 2006. Brasília: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, seção 1.

- Castanha, A. R., & Araújo, L. F. de, (2006). Representações sociais de agentes comunitários de saúde acerca da AIDS. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8(1), 17-30.
- Castilho, E. A. de, Swarcwald, C. L., Bastos F. I., & Fonseca, M. G. M. (2000). A AIDS no Brasil: uma epidemia em mutação. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(Sup. 1), 4-5.
- Chaves, C. [s.d.]. *Sida e o idoso: metodologias educativas de âmbito preventivo*. Recuperado em 10 de julho, 2008, de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/9.pdf>.
- Diniz, R. F., Saldanha, A. A. W., & Araújo, L. F. (2006). *A ausência da família no cuidado ao idoso soropositivo para o HIV*. Recuperado em 10 de janeiro, 2007, de [http://www.AIDScongress.net/article.php?id\\_comunicacao=304](http://www.AIDScongress.net/article.php?id_comunicacao=304).
- Feitoza, A. R., Souza, A. R., Araújo, M. F. M. (2004). A Magnitude da Infecção pelo HIV-AIDS em Maiores de 50 anos no Município de Fortaleza-CE. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 16(4), 32-37.
- Fortes, P. A. C., & Spinetti, S. R. (2004). A informação nas relações entre os Agentes Comunitários de Saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, 13(2), 70-75.
- Gandolpho, M. A., & Ferrari, M. A. C. (2006). A enfermagem cuidando do idoso: reflexões bioéticas. *O mundo da saúde*, 30(3), 398-408.
- Lebrão, M. L., & Duarte, Y. A. O. (2003). *SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Lieberman, R. (2000) HIV in older Americans: an epidemiologic Perspective. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45(2), 176-182.
- Marques, P. Z., & Carlos, S. A. (2006). A cultura da atividade e o trabalho com idosos. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 3(2), 61-69.
- Ministério da Saúde (2001). *Guia prático do Programa de Saúde da Família – PARTE 1*.
- Ministério da Saúde (2005). *Boletim Epidemiológico AIDS*. Brasília: CNDST/AIDS. Ano 2, nº 1.
- Ministério da Saúde (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica - HIV/AIDS, hepatites e outras DST*. Brasília.
- Ministério da Saúde (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília.
- Ministério da Saúde (2007). *Boletim Epidemiológico AIDS*. Brasília: CNDST/AIDS. Ano 3, nº 1.
- Neri, A. L. (1991). *Envelhecer num país de jovens. Significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos*. Campinas: Unicamp.
- Neri, A. L. (1995). *Atitudes e crenças em relação à velhice. O que pensa o pessoal do SENAC - São Paulo*. Relatório técnico. São Paulo: Senac.
- Neri, A. L., & Jorge, M. D. (2006). Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. *Estudos de Psicologia*, 23(2), 127-137.
- Oliveira, I. C. V., Saldanha, A. A. W., & Araújo, L. F. (2006). Percepções dos profissionais de saúde acerca da AIDS na velhice. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 18(2), 143-147.
- Organização Mundial da Saúde (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: OPAS/OMS.
- Protti, S. T. (2002). *A saúde do idoso sob a ótica da equipe do programa de saúde da família*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, USP, Ribeirão Preto.

- Reis, P. O., & Ceolin, M. F. O. (2007). O significado atribuído a 'ser idoso' por trabalhadores de instituições de longa permanência. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 51(1), 57-64.
- Rodrigues, A., Assmar, E. M. L., & Jablonski, B. (1999). *Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes.
- Seffner, F. (1998). O conceito de vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório. AIDS é falta de educação. In: H. L. Silva (Org.). *A escola cidadã no contexto da Globalização* (p. 452). Petrópolis: Vozes.
- Silva, L. S. (2005). Representações sociais de idosos sobre prevenção e transmissão da AIDS. In *Anais da IV Jornada Internacional e II Conferência Brasileira sobre Representações Sociais, 1*, João Pessoa, Hotel Tambaú.
- Silva, N. H. L. P da. (2006). *Saúde da família: sentidos produzidos em grupo com agentes comunitárias de saúde acerca do HIV/AIDS*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, USP.
- Silvestre, J. A., & Costa Neto, M. M. (2003). Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 839-847.
- Sousa, A. S. De, Kantorski, L. P., & Bielemann, V. de L. M. (2004). A AIDS no interior da família - percepção, silêncio e segredo na convivência social. *Maringá*, 26(1), 1-9.
- Teixeira, M. C. T. V., Schulze, C. M. N., & Camargo, B. V. (2002). Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de saúde. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 351-359.
- UNAIDS (2005). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *World Health Organization AIDS epidemic update*.
- UNAIDS (2007). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *World Health Organization AIDS epidemic update: December*.
- Wooten-Bielski, K. (1999). HIV & AIDS in Older Adults. *Geriatric Nursing*, 20(5), 268-272.

*Enviado em Setembro de 2008  
Revisado em Outubro de 2009  
Aceite final Janeiro de 2010  
Publicado em Maio de 2010*