

SAÚDE E AMBIENTE

V.8 • N.3 • 2021 - Fluxo Contínuo

ISSN Digital: 2316-3798

ISSN Impresso: 2316-3313

DOI: 10.17564/2316-3798.2021v8n3p372-384



MAUS-TRATOS CONTRA O IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: VISÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

MISCRIFT AGAINST OLDER ADULTS IN PRIMARY HEALTH CARE:
VISION OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT'S DISCOURSE

MALTRATOS CONTRA LAS PERSONAS MAYORES
EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: VISIÓN DEL
AGENTE DE SALUD COMUNITARIO

Cassiana Regina Leindecker¹

Jeferson Souza Sá²

Daniel Vicentini Oliveira³

Natália Quevedo Santos⁴

Rute Grossi Milani⁵

Regiane Silva Macuch⁶

RESUMO

Este estudo teve o objetivo de analisar a vivência do agente comunitário de saúde (ACS) na violência contra os idosos. Trata-se de um estudo qualitativo, o qual avaliou 37 ACS, de cinco unidades básicas de saúde do município de Maringá, Paraná. A análise das entrevistas foi baseada na Análise de Conteúdo de Lawrence Bardin. O perfil dos participantes mostrou predominância de profissionais do sexo feminino, totalizando 94,59% mulheres e 5,41% homens. Os ACS relataram compreensão clara sobre o que é “violência contra os idosos”. De modo geral, o conceito delimitado nos discursos como “negligência e violência verbal” foram os mais prevalentes. Durante as entrevistas alguns ACS relataram que nunca identificaram violência contra a pessoa idosa na sua área de atuação. A formação deste profissional de saúde necessita de aprimoramento constante, tanto pelas mudanças que o envelhecimento da população traz aos serviços públicos como para melhoria das práticas de acolhimento ao idoso que sofre maus-tratos.

PALAVRAS-CHAVE

Maus-Tratos. Política de Saúde. Vulnerabilidade. Idoso.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the experience of the community health agent (CHA) in violence against the older adults. This is a qualitative study, which evaluated 37 CHA, from five basic health units in the city of Maringá, Paraná. The analysis of the interviews was based on Lawrence Bardin's Content Analysis. The participants' profile showed a predominance of female professionals, totaling 94.59% women and 5.41% men. The CHAs reported a clear understanding of what is "violence against the older adults". In general, the concept delimited in the discourses as "neglect and verbal violence" were the most prevalent. During the interviews, some CHAs reported that they never identified violence against the older adults in their area. The training of this health professional needs constant improvement, both due to the changes that the aging population brings to public services and to the improvement of welcoming practices for the older adults who suffer abuse.

KEYWORDS

Mistreatment; Health policy; Vulnerability; Older adult.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar la experiencia del agente comunitario de salud (CHA) en la violencia contra el adulto mayor. Se trata de un estudio cualitativo, que evaluó 37 CHA, de cinco unidades básicas de salud de la ciudad de Maringá, Paraná. El análisis de las entrevistas se basó en el análisis de contenido de Lawrence Bardin. El perfil de los participantes mostró un predominio de mujeres profesionales, totalizando 94,59% mujeres y 5,41% hombres. La CHA informó una clara comprensión de lo que es la "violencia contra los ancianos". En general, el concepto definido en los discursos como "negligencia y violencia verbal" fue el más prevalente. Durante las entrevistas, algunas CHA informaron que nunca identificaron violencia contra las personas mayores en su área de actividad. La formación de este profesional de la salud necesita una mejora constante, tanto por los cambios que el envejecimiento de la población trae a los servicios públicos como por la mejora de las prácticas de acogida de las personas mayores que sufren maltrato.

PALABRAS CLAVE

maltrato; política de salud; vulnerabilidad; anciano.

1 INTRODUÇÃO

Após a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1993, a atenção básica se estruturou como Política de Estado. O objetivo desta consolidação foi buscar minimizar as desigualdades sociais, facilitando o acesso a serviços de saúde por meio do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) (BATALHA, 2017).

A ESF trabalha com propósitos de reorganização, expansão e a consolidação da atenção básica no Brasil, implementando as políticas públicas que enfocam a atenção em saúde, priorizando ações em equipe com a interprofissionalização e fortalecendo o vínculo com as famílias (RIQUINHO *et al.*, 2018).

A ESF, em sua formação básica possui um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Cada um dos profissionais tem atribuições definidas pela Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011, sendo que o ACS, deve atuar na atenção de famílias com base definida geograficamente por micro área; cadastrar as pessoas de sua micro área e manter estes cadastros atualizados; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, dentre muitas outras atribuições (BRASIL, 2011).

Os ACS devem morar na área em que trabalharem, agregando uma função dupla – morar na área e concomitantemente, ser parte responsável pela boa saúde de todos os moradores da mesma área (BRASIL, 2001; PERES *et al.*, 2011; SAMUDIO, 2017). Morar na sua área de abrangência aproxima o profissional da população por ele assistida, estreitando as relações entre serviços de saúde e territórios (LOTTA *et al.*, 2012).

No processo de implantação e implementação do SUS em busca de evolução, criou-se a portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que discorre sobre o Pacto Pela Saúde (Vida, Gestão e em Defesa do SUS). Uma das prioridades pactuadas é a saúde do idoso, visando à promoção da saúde, dentre outras diretrizes a promoção do envelhecimento ativo e saudável (BRASIL, 2006). O idoso é um indivíduo que requer maior atenção e cuidado, tanto da família quanto dos serviços de saúde.

As agendas da política e da saúde demoraram para contemplar a violência contra o idoso, na grande maioria dos países, todavia, a atenção com esta parcela da população vem crescendo devido ao crescimento de idosos no mundo. O Brasil trouxe visibilidade ao assunto em meados de 1990 devido a regulamentação da Política Nacional do Idoso e após o Estatuto do Idoso e o Plano de Ação e Enfrentamento da Violência contra essa população serem aprovados (BRASIL, 1994; WANDERBROOKE; MORÉ, 2012).

Dentre as etapas que envolvem a rotina do ACS no combate à violência em seus vários aspectos, está inserida a violência contra a pessoa idosa. Desse modo, os mecanismos já existentes por meio de ações humanitárias e solidárias, buscam melhorar a qualidade de vida dessa população (BRASIL, 2001).

O idoso possui uma demanda de cuidado peculiar que necessita de interpelação integral, interdisciplinar e multidimensional. Esta abordagem envolve aspectos físicos, psicológicos, ambientais e socioculturais que interferem na saúde do idoso, da sua família e até mesmo da comunidade em que está inserido (MAGALHÃES *et al.*, 2015).

A visita domiciliar na atenção básica é função das ESF, sendo na maioria das vezes, feita pelo ACS, principal ponte de acesso das famílias aos serviços de saúde. Essas visitas domiciliares constroem vínculos e fornecem ao profissional o aprendizado sobre o que realmente acontece na sua área de ação, desde o contexto de vida dos usuários e suas condições de habitação até outros aspectos referentes às dinâmicas familiares e comunitárias (ASSIS; CASTRO-SILVA, 2018).

O ACS, em defesa da sua demanda de trabalho, enfrenta diversas situações, dentre elas, a insegurança para intervir em relação aos casos de violência contra o idoso. A inibição desses profissionais, no que diz respeito à essas intervenções na comunidade, pode estar relacionada ao medo de sofrer ameaças do agressor, uma vez que eles, também, são moradores da área onde trabalham e precisam prezar pela sua integridade e de sua família (ANDRADE *et al.*, 2011). Desse modo, sua ação pode tornar-se limitada pelo medo e pela sensação de impotência diante do agressor, assim, a ação necessária para coibir a violência ao idoso, fica prejudicada (BEZERRA; MONTEIRO, 2012).

Contudo se aprofundar na realidade a qual o ACS se depara no cotidiano se faz necessária para que ferramentas de trabalho mais eficazes sejam formuladas e fortaleçam serviços de amparo a este trabalhador no exercício de sua função. Assim, neste artigo objetivou-se analisar a visão do ACS a respeito da violência contra os idosos.

2 MÉTODO

Estudo de natureza aplicada, com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista agentes comunitários das equipes de estratégia saúde da família do município de Maringá/PR.

Para a seleção das Unidades Básicas de Saúde (UBS) foi utilizado como critério, a inclusão de unidades que tivessem maior número de idosos em sua área de abrangência, conforme dados da Secretaria Municipal do Município. Do total de 27 UBS em Maringá, foram selecionadas cinco, considerando o número expressivo de idosos nessas unidades em comparação com as outras do município, ou seja, por conveniência.

Como qualquer outro tipo de pesquisa, envolvendo seres humanos, foi necessária a autorização dos setores responsáveis: a aprovação da Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde (CECAPS) da Secretaria de Saúde de Maringá/PR para as entrevistas e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Parecer: 2.588.033 – Instituição Proponente: Centro Universitário de Maringá – CESUMAR e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos ACS.

Após agendamento prévio nas UBS e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos ACS, foram entrevistados 37 profissionais no seu local de trabalho, sendo esse o representativo das cinco UBSs, só não participaram da entrevista os ACS que estavam de férias, licença e/ou atestado médico no período entre os meses de agosto e outubro de 2017. A entrevista estava organizada por questões específicas sobre a violência contra idosos em famílias que os ACS atendiam em sua micro área. A duração média das entrevistas foi de 15 minutos, sendo que estas foram gravadas e posterior-

mente transcritas, para então, serem analisadas. Salienta-se que a seleção dos indivíduos para fazer parte do *corpus* de pesquisa respeitou a disponibilidade do servidor e a vontade em participar do estudo.

A análise das entrevistas foi baseada na Análise de Conteúdo de Lawrence Bardin (2009). Esta análise se organiza em três fases: pré-análise, exploração do material e por fim, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2009). Os 37 ACS entrevistados foram nomeados no decorrer do texto como ACS1, ACS2 (...), em respeito ao sigilo dos participantes da pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos participantes mostrou predominância de profissionais do sexo feminino, totalizando 94,57% mulheres e 5,4% homens. Destes, 83,78 % exerciam seu trabalho na zona urbana e 16,22% em distritos na zona rural.

A categoria profissional de Agente Comunitário de Saúde foi criada para dar oportunidade de emprego a mulheres em situação de risco social, conforme diversos autores comentam (CASTRO *et al.*, 2017; PEDRAZA; SANTOS, 2017; MOROSINI; FONSECA, 2018). A presença marcante de mulheres como ACS, não é diferente de outras profissões da área da saúde, como é o caso de técnicos e auxiliares de enfermagem, reforçando o perfil feminino quando se trata do ato de cuidar (CASTRO *et al.*, 2017).

O fato de os homens ocuparem pouco espaço nessa profissão pode estar atribuído ao constrangimento das mulheres em os receber em seu domicílio para tratar de assuntos como orientação sobre exames ginecológicos, câncer de mama e outros (FREITAS *et al.*, 2015). Este fato poderia criar um impedimento na formação de vínculo entre o ACS e a população, o que poderia tornar-se um entrave no andamento da função (MOTA; DAVI, 2010).

Com relação a idade dos ACS, os adultos jovens compõem a maioria do total (37), sendo, 35,14% dos participantes com idade entre 40-49 anos, e a minoria na faixa etária entre 20-29 anos de idade. Resultados semelhantes foram descritos por outros autores em estudos realizados na Paraíba (Nordeste) em dois municípios, no Espírito Santo (Sudeste) em dez (10) municípios e Bahia (Nordeste), Juazeiro (PEDRAZA; SANTOS, 2017; CASTRO *et al.*, 2017; GARCIA *et al.*, 2017).

O tempo, exercendo a função, variou de 6 meses a 19 anos, sendo que, 51,35% dos ACS está na função há 10-19 anos. De acordo com Pedraza e Santos (2017), o ACS com mais idade e maior tempo de serviço, como neste estudo, agrega benefícios para sua área de abrangência, por conhecer bem a comunidade, ter experiência na construção e fortalecimento dos vínculos. Garcia e colaboradores (2017) comentam que é comum o ACS que tem mais tempo de serviço somar conhecimento sobre problemas da comunidade, assim como construir amizades, consolidando ainda mais o trabalho da equipe como um todo.

Como já discutido, o ACS deve morar na área a qual vai atender, teoricamente esse é um dos facilitadores para que o mesmo consiga desempenhar com maior desenvoltura suas funções (QUEIRÓS; LIMA, 2012; MENEGUSSI *et al.*, 2014).

A baixa rotatividade desses profissionais pode estar relacionada ao tipo de vínculo empregatício, uma vez que, na maioria dos municípios Brasileiros, o ACS é contratado via concurso público, o que

favorece o tempo longo de trabalho numa mesma comunidade. O concurso público para ACS tem como critério morar na área a qual vai concorrer a vaga, sendo isso um ponto positivo para o desenvolvimento das suas atividades (SANTOS *et al.*, 2011, MELO *et al.*, 2015).

O fato de ser morador da comunidade que atua é um facilitador para a geração do vínculo, porém, o trabalhador também expõe suas limitações no campo de atuação, que na maioria das vezes transpõem sua governabilidade. Esses profissionais sofrem constrangimentos devido sua presença como morador ser confundida com a de trabalhador, já que se deparam com aspectos da privacidade dos usuários, sofrem violência, represálias e até assédio moral devido a providências que precisam tomar em defesa de algum morador (GARCIA *et al.*, 2017).

A partir das entrevistas, os conteúdos sobre violência contidos nos discursos das ACS foram organizados em categorias como *conceito e identificação*, para que assim, as percepções deles sobre a violência contra o idoso pudessem ser mais bem analisadas.

Os ACS relataram compreensão clara sobre o que é “violência contra os idosos”. De modo geral, o conceito delimitado nos discursos como “negligência e violência verbal” foram os mais prevalentes.

Na minha concepção tudo aquilo que não está sendo bem tratado, forma física, psicológica, emocional, falta de respeito, condutas. (ACS01).

Creio que seja a pessoa não cuidar como deveria da pessoa, não dar o básico, muitas vezes o idoso não consegue fazer suas coisas, tomar banho, acredito que os maus tratos tão ali, não só no fato de bater ou de fazer alguma coisa, mas, de não tratar o ser humano como deveria. (ACS 19).

Diante da compreensão do conceito do que é violência contra o idoso, os participantes relataram sobre o preparo técnico para notificação dos casos e os procedimentos de intervenção, quando necessários.

Eu tenho que denunciar porque eu não posso deixar, eu acho que eu tenho que passar o caso para o conselho do idoso né. (ACS07).

Sim, a gente relata na para equipe e para assistência social nossa no posto para poder tomar devidas providências né, daí assistente social chama a família para ver o que tá acontecendo e investiga. (ACS17).

A teoria documentada por meio da temática “Políticas Públicas” que norteia o enfrentamento das violências nas famílias é muito clara quanto a forma de agir dos profissionais de saúde, porém, o manejo não é fácil, exigindo entendimento e abordagem integralizada. Ainda assim, tais profissionais não recebem preparo adequado para lidar com a violência contra o idoso. As medidas para manuseio dos casos são mais exploradas do que as medidas que guiam os profissionais na identificação da violência (KILLICK; TAYLOR, 2009).

Compreender o conceito de violência contra o idoso possibilita, aos profissionais da atenção básica, adentrar no sistema familiar, muitas vezes já endurecido pela violência, assim, facilitando a

identificação do que está camuflado pelas relações adoecidas. A constante atualização dos entendimentos sobre a temática apoia a necessidade da identificação precoce para o manejo ou para evitar a naturalização do fenômeno (BONFIM *et al.*, 2010).

Vale ressaltar que, o ACS em suas visitas domiciliares, por diversas vezes se depara com situações que colocam a prova seu saber, realidades essas que estão longe de mudança efetiva, como é o caso da violência que cada vez mais presente na vida das famílias. Contudo, o ACS, muitas vezes, é tomado por frustrações diante da impotência em lidar da melhor forma possível com pessoas em vulnerabilidade (CUNHA; SÁ, 2013).

O preparo adequado para lidar com a situação da violência pode garantir saúde e segurança para o idoso. Neste sentido, os ACS entrevistados relataram estar preparados para o atendimento e identificação da violência contra o idoso.

Dependendo da situação se fica mais, né, preocupada, dependendo o grau, você tem mais orientação, você fica mais tranquila. (ACS02).

Sim, procuro meios os quais são cabíveis como ações em conjunto com profissionais de serviço social, médico, enfermeira. (ACS08).

O estudo desenvolvido por Castro e colaboradores (2017), identificaram que a maior parte dos profissionais receberam treinamento que os capacitou para suas atividades diárias.

Com o crescimento da população idosa, a demanda de trabalho do ACS aumenta, consideravelmente, ano após ano. Assis e Castro-Silva (2014), destacam que, muitas vezes, para dar conta da demanda, O ACS baseia-se somente no seu conhecimento popular, seja por falta de treinamento, por pouca discussão dos casos pela equipe de trabalho ou ainda por carência de aprimoramento do repertório referente à saúde do idoso. Dessa forma, a educação permanente sobre as ações em saúde do idoso se faz necessária.

Nem todos os ACS estão preparados para lidar com situações de violência no contexto de seu trabalho, seja por conhecer a família como morador da mesma área, por se sentir inseguro ou por considerar o sistema interventivo lento para as defesas contra o idoso que está sofrendo a violência. Neste sentido, suas falas contam que:

Há, nem sempre né, porque você conhecendo a família as vezes você fica um pouco pensativa, preocupada com a situação. (ACS02).

Não, porque a gente tem que lidar com a família e é bem complicado né, porque você tem que ter um, assim, ter certeza do que está acontecendo para você tomar realmente as medidas necessárias. (ACS03).

Sei que às vezes a gente pode não ter um certo respaldo, né, que nos dá uma certa insegurança, mas a gente viu que tem muitas coisas, alguns casos que se a gente não denunciar vai piorar. (ACS07).

Marzari e colaboradores (2011) frisam a preocupação dos ACS em relação à educação continuada, profissionalização e qualificação. Fator este, importante na constituição do seu trabalho cotidiano. Desse modo, os referidos autores destacam sobre a dificuldade em se criar uma identidade legítima no trabalho pode levá-lo o ACS a buscar conhecimentos que se equiparam aos saberes dos outros profissionais da equipe.

O ACS comumente “adapta” suas ações de acordo com a realidade local, pois, cada área tem seu perfil, não deixando de cumprir o que é de sua obrigação legalmente, mesmo assim, a qualificação deve ser contínua e envolver toda a equipe, pois quem dá respaldo ao ACS, conforme sua demanda cotidiana que exige constante atualização é a equipe da ESF (GARCIA *et al.*, 2017).

Apesar do ACS atuar em áreas com idosos de alta vulnerabilidade, este, pode sempre contribuir com a promoção da saúde e no fortalecimento de políticas públicas do idoso. Isto, por si só justifica a necessidade da qualificação e fortalecimento do trabalho desse profissional. No entanto, mesmo em locais que essas capacitações ocorrem com frequência, ainda não é conforme o que a necessidade exige. Sendo, muitas vezes, insuficiente e não abrangendo todos os aspectos que envolvem o trabalho do ACS nas visitas domiciliares (ASSIS; CASTRO-SILVA, 2014).

Saber identificar uma situação de maus-tratos contra o idoso é importante para prevenir abalos tanto físicos quanto psíquicos e não interferir na qualidade de vida do sujeito. Durante as entrevistas alguns ACS relataram que nunca identificaram violência contra a pessoa idosa na sua área de atuação.

Na minha área não, inclusive na área os meus pacientes idosos principalmente os acamados são muito bem cuidados pela família. (ACS12).

Diretamente não houve casos eu não cheguei a ter. (ACS15).

Na minha área eu não encontro ninguém que sofre de maus-tratos, mas eu já vi sim. (ACS21).

A atuação dos profissionais de saúde, neste caso, na atenção básica, é fundamental, seja pela perspectiva de promover saúde e qualidade de vida à população, seja para identificar o quanto antes situações potencialmente prejudiciais ao bem-estar biopsicossocial do idoso. O ACS tem acesso a família na sua intimidade e essa proximidade pode fortalecer a rede de suporte social para que as pessoas idosas em situação de risco, possam efetivamente utilizar esses serviços com maior regularidade (WANDERBROOKE; MORÉ, 2012).

Desse modo, é esperado que o ACS, em suas visitas domiciliares aos usuários do SUS, consiga identificar idosos em situação de violência, levando essa demanda para equipe de saúde, no sentido de avaliação da situação e o plano de cuidado necessário. Assim, quanto mais precocemente isto ocorre, mais possivelmente a resolução será a mais adequada e efetiva. Uma vez identificada a situação problemática, o leque de profissionais e setores envolvidos em prol de resolução será mais condizente. No entanto, nem sempre o ACS tem no serviço, as orientações necessárias sobre como agir diante de uma suspeita ou certeza de agressão ao idoso (MAGALHÃES *et al.*, 2015).

Como já é sabido, dentre as inúmeras funções do ACS, estar capacitado para identificar riscos e/ou vulnerabilidades na comunidade que atende é fundamental para prevenir agravos e melhorar a qualidade de vida do idoso (PAIVA *et al.*, 2019).

Entre os ACS entrevistados 15 nunca presenciaram ou tiveram denúncia de idosos de suas micro áreas estarem em situação de violência, enquanto outros 23 já tiveram que lidar com tal situação. Alguns relatos foram dados pelos entrevistados de momentos que eles identificaram a violência contra o idoso durante o exercício de seu trabalho.

Já, eu tive um paciente que a filha deixava sozinho e as vezes o portão ficava de uma maneira que dava pra ter acesso e entrar e às vezes quando eu ia lá no quarto ele estava deitado caído no chão sem roupa e com fezes no quarto às vezes na cama na roupa era bem triste a situação. (ACS02).

Já, o caso de uma senhora que a gente passou até para assistente social que ela geralmente fica sozinha em casa, a casa suja, ela fica em um ambiente bem hostil, a filha não fica em casa deixa uma neta cuidando e a neta não cuida direito sai deixa sozinha por dias, ela caiu sozinha em casa quebrou a costela eles não levaram no médico é um caso bem complicadinho. (ACS03).

Sim, idosa estava sozinha suja, sem se alimentar, e diabetes descontrolada. (ACS10).

Diante dos relatos, é possível reconhecer a importância que o trabalho do ACS tem para na atenção básica em saúde, uma vez que é a ponte de ligação entre a população e os serviços de saúde. Para Gomes e colaboradores (2010), como organizadores do acesso da equipe de saúde com a função de identificar e encaminhar as necessidades, priorizando o mais urgente, como os casos de risco (violência contra o idoso), sua função deve ser o de estar atento aos diversos movimentos em torno da problemática. Para isso, os princípios do SUS e demais legislações precisam estar bem compreendidos e incorporados na prática profissional do ACS, não só para que ele atue com autonomia profissional e segurança, mas também para que possa promover o cuidado e o acolhimento que a situação exigirá.

4 CONCLUSÃO

Na busca por melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa, que utiliza os serviços da atenção básica em saúde, ressalta-se a importância da valorização do papel do ACS para esses indivíduos. Apoiar sua rotina de trabalho no que diz respeito as melhorias na qualificação profissional são fundamentais, uma vez que ele é contratado com o mínimo de escolaridade para exercer um papel de tamanha complexidade na comunidade. Assim, a formação deste profissional de saúde necessita de aprimoramento constante, tanto pelas mudanças que o envelhecimento da população traz aos serviços públicos como para melhoria das práticas de acolhimento ao idoso que sofre maus-tratos.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, E.M. *et al.* A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. **Sau Soc**, v. 30, n. 1, p. 147-155, 2011.
- ASSIS, A.S.; CASTRO-SILVA, C.R. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. **Physis**, v. 28, n. 3, p. 1-17, 2018.
- ASSIS, A.S.; CASTRO-SILVA, C.R. Agente comunitário de saúde e o idoso: práticas de cuidado em território de alta vulnerabilidade. In: Simpósio Internacional de Iniciação Científica e Tecnológica da USP: Notificações da Violência, SIICUSP, **Anais[...]**22, São Paulo, 2014.
- BATALHA, E.; LAVOR, A. Toda atenção que o SUS e a população merecem. **Rev Radis**, v. 183, p. 10-15, 2017.
- BEZERRA, K. P.; MONTEIRO, A. Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev RENE**, v. 2, n. 13, p. 354-364, 2012.
- BONFIM, E. G. *et al.* Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in) visibilidade da violência doméstica contra a mulher. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 1, p. 97-104, 2010.
- BRASIL. Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 jan. 1994.
- BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 out. 2011.
- BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 fev. 2006.
- BRASIL. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, DF, jan. 2001.
- CASTRO, T. A. *et al.* Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. **Cad Saúde Col**, v. 25, n. 3, p. 294-301, 2017.

CUNHA, M.S.; SÁ, M.C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface Com Saúde Educ**, v. 17, n. 44, p. 61-73, 2013.

FREITAS, L. M. *et al.* Formação dos agentes comunitários de saúde no município de Altamira (PA), Brasil. **ABCS Health Science**, v. 40, n. 3, p. 171-7, 2015.

GARCIA, A. C. P. *et al.* Agente comunitário de saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. **Trab Educ Saúde**, v. 15, n. 1, p. 283-300, 2017.

GOMES, K. O. *et al.* O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Rev Saúde Col**, v. 20, n. 4, p. 1143-1164, 2010.

KILLICK, C.; TAYLOR, B. J. Professional decision making on elder abuse: systematic narrative review. **J Elder Abuse Negl**, v. 21, n. 3, p. 211-238, 2009.

LOTTA, G. S.; VAZ, J. C. Arranjos institucionais de políticas públicas: aprendizados a partir de casos do Brasil. **Rev Serv Públ**, v. 66, n. 2, p. 171-194, 2015.

MAGALHÃES, K. A. *et al.* A visita domiciliária do agente comunitário de saúde a famílias com idosos frágeis. **Ciêns Saúde Col**, v. 20, n. 12, p. 3787-3796, 2015.

MARZARI, C. K. *et al.* Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciêns Saúde Col**, v. 16, supl. 1, p. 873-880, 2011.

MELO, M. B. *et al.* O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. **Saú Soc**, v. 24, n. 1, p. 86-99, 2015.

MORASINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 261-274, 2018.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? **Trab Educ Saúde**, v. 8, n. 2, p. 229-248, 2010.

PAIVA, K. M. *et al.* Atenção ao idoso: percepções e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em uma capital do Sul do Brasil. **CoDAS**, v. 31, n. 1, p. 1-6, 2019.

PEDRAZA, D. F.; SANTOS, I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. **Interações**, v. 18, n. 3, p. 97-105, 2017.

PERES, C.R.F.B. *et al.* O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Revi Esc Enferm USP**, v. 4, n. 45, p. 905-911, 2011.

QUEIRÓS, A. A. L.; LIMA, L. P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trab Educ Saúde**, v. 10, n. 2, p. 257-81, 2012.

RIQUINHO, D. L. *et al.* O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trab Educ Saúde**, v. 16 n. 1, p. 159-178, 2018.

SAMUDIO, J. L. P. *et al.* Agentes comunitários de saúde na atenção primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. **Trab Educ Saúde**, v. 15 n. 3, p. 745-769, 2017.

SANTOS, K. T. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciêñ Saúde Col**, v. 16, supl. 1, p. 1023-1028, 2011.

WANDERBROOCKE, A.C.N.S.; MORÉ, C.L.O. O. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da atenção primária à saúde. **Ciêñ Saúde Col**, v. 17, n. 8, p. 2095-2103, 2012.

Recebido em: 30 de Março de 2021

Avaliado em: 5 de Agosto de 2021

Aceito em: 10 de Agosto de 2021



A autenticidade desse artigo pode ser conferida no site <https://periodicos.set.edu.br>

1 Mestre e Doutoranda em Promoção da Saúde, Departamento de Pós-Graduação stricto sensu em Promoção da Saúde, Universidade Cesumar, Maringá, PR, Brasil. E-mail: cassianarl@gmail.com

2 Mestre e Doutorando em Promoção da Saúde, Departamento de Pós-Graduação stricto sensu em Promoção da Saúde, Universidade Cesumar, Maringá, PR, Brasil. E-mail: jefersonsouzasa@gmail.com

3 Doutor em Gerontologia; Pós-doutorando em Educação Física, Departamento de Pós-Graduação stricto sensu em Educação Física, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil. E-mail: d.vicentini@hotmail.com

4 Mestre e Doutoranda em Promoção da Saúde, Departamento de Pós-Graduação stricto sensu em Promoção da Saúde, Universidade Cesumar, Maringá, PR, Brasil. E-mail: natquevedo01@gmail.com

5 Doutora em Medicina; Psicóloga; Professora no Departamento de Pós-Graduação stricto sensu em Promoção da Saúde, Universidade Cesumar, Maringá, PR, Brasil. E-mail: rute.milani@unicesumar.edu.br

6 Doutora em Ciências da Educação; Pedagoga; Professora no Departamento de Pós-Graduação stricto sensu em Promoção da Saúde, Universidade Cesumar, Maringá, PR, Brasil. E-mail: regiane.mamuch@unicesumar.edu.br



Este artigo é licenciado na modalidade acesso abertosob a Atribuição-Compartilha Igual CC BY-SA