

Conhecimentos, percepções e experiências geronto-sanitárias do agente comunitário de saúde em municípios do oeste paranaense*

Knowledge, perceptions and gerontic-sanitarian experiences of the community's health worker in west municipalities of the State of Paraná

Conocimientos, percepciones y experiencias gerontosanitárias del trabajador comunitario de salud en municipios del Oeste paranaense

Roberth Steven Gutiérrez Murillo
Carmen Justina Gamarra
Vanessa Pauli de Araujo
Barbara de Andrade Alves

RESUMO: O estudo buscou identificar conhecimentos, percepções e experiências, entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS), referentes à saúde do idoso. Foi aplicado um questionário, com questões abertas e fechadas. Participaram deste estudo 43 ACS, com predominância feminina. A análise geral evidenciou baixo grau de conhecimento sobre instrumentos oficiais da saúde do idoso; significações divergindo entre o patológico, o social e o integral sobre a saúde do idoso. Conclui-se a eminente necessidade de aprimoramento/atualização dos ACS, com vistas a capacitá-los para melhor abordar as situações de campo que envolvam a assistência à população envelhecida.

Palavras-chave: Agente comunitário de saúde; Conhecimentos, práticas e atitudes em Saúde; Saúde do idoso.

ABSTRACT: *The study aimed to identify knowledge, perceptions and experiences among Community Health Workers (CHW) regarding the health of the elderly. A questionnaire with open and closed questions was applied. Participated in this study 43 CHW, with female predominance. The general analysis showed low level of knowledge about official instruments on health of the elderly; meanings differing between the pathological, the social and the integral, related to the health of the elderly. It concludes the imminent need for improvement / updating of CHWs, with a view to enabling them to better address the field situations that involve assisting the aged population.*

Keywords: *Community Health Worker; Health knowledge, practices and attitudes; Health of the aged.*

RESUMEN: *Este estudio buscó identificar conocimientos, percepciones y experiencias entre Trabajadores de Salud Comunitarios (TSC) referentes a la salud del adulto mayor. Fue aplicado un cuestionario, con preguntas abiertas y cerradas. Participaron 43 TSC en este estudio, con predominancia femenina. El análisis general evidenció bajo grado de conocimiento sobre instrumentos oficiales de la salud del adulto mayor, significaciones divergentes entre lo patológico, lo social y lo integral relacionadas a la salud del adulto mayor. Se concluye la eminente necesidad de mejoramiento/actualización de los TSC, con vistas a capacitarlos de mejor forma para abordar las situaciones de campo que envuelvan la asistencia a la población envejecida.*

Palabras-clave: *Trabajador de salud comunitario; Conocimientos, prácticas y actitudes en salud; Salud del adulto mayor.*

Introdução

Pontua-se que o envelhecimento humano é um dos processos mais dinâmicos e complexos discutidos ao longo da humanidade, representando grande desafio para todas as sociedades. O referido processo carrega maior peso nas sociedades em vias de desenvolvimento, uma vez que requer intervenções de caráter imediato, envolvendo mudanças do próprio sistema de saúde (na micro/macro-esfera da gestão); da formação teórico-prática dos profissionais que conformam as redes de atenção e, especialmente, da própria significação social do ciclo *saúde – doença – cuidado*.

Acena-se, na contemporaneidade, para um atendimento mais completo, com técnicas de outrora, ora aperfeiçoadas, e uma produção/intercâmbio do conhecimento mais efetivo, considerando-se as necessidades sanitárias dos indivíduos e seus determinantes mais relevantes, vistos através da perspectiva individual e coletiva da saúde. Não obstante, os avanços supramencionados não refletem obrigatoriamente uma atenção integral, e seu real alcance configura atual desafio para os sistemas de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, fundado historicamente por meio de lutas e reivindicações sociais das classes menos favorecidas, é um dos sistemas públicos de saúde mais complexos no mundo. Orientado sob as esferas da atenção integral, universal e equitativa, o SUS vem reconhecendo a relevância do estudo do envelhecimento humano de forma multidisciplinar e, atualmente, contempla normas orgânicas especiais que reforçam o compromisso estatal de oferecer ao cidadão envelhecido uma vida digna e um atendimento humanizado quanto a suas necessidades sanitárias. Sob essa visão, enxerga-se o idoso como usuário com necessidades diferenciadas, ou seja, com um perfil de demandas heterogêneas, e ainda dentro de seu próprio segmento populacional requerendo atendimento que considere suas complexidades e mudanças dinâmicas.

De acordo com Rodrigues, *et al.* (2007), o fato de a população idosa apresentar alto índice de crescimento populacional vem acentuando interesse nos pesquisadores, tanto nacionais como estrangeiros, indiferentemente da sua área primária de formação, norteados por pesquisas no âmbito epidemiológico e fisiopatológico, principalmente. Nesse sentido, torna-se fundamental que os profissionais (ora conhecidos como a “cara” do sistema de saúde), consigam se identificar com sua área de atuação, entender suas atribuições específicas e reconhecer a importância de suas ações, pois isso viria ao encontro do fortalecimento interno do sistema de saúde que, em médio ou longo prazo, se traduziria em benefícios para os usuários do sistema. Olhando para os tempos hodiernos, a atuação dos profissionais da saúde passou a considerar as ações hegemonicamente individualizadas, fechadas na “caixinha” de cada profissão, para agora promover intervenções coletivas, de cunho inter e/ou multiprofissional, admitindo que os resultados esperados não sejam direcionados a departamentos específicos e, sim, à resolução integral dos problemas de saúde da população envelhecida.

Em 1997, o Ministério da Saúde (MS) regulamentou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerando-o como importante estratégia para aprimorar e consolidar o SUS.

O PACS teve como objetivo principal contribuir para a reorganização dos serviços municipais de saúde e integrar as ações entre os diversos profissionais, visando a uma ligação efetiva entre comunidade e unidades de saúde. Mesmo no momento de sua concepção, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) também foi pensado para *realizar atividades de prevenção e promoção da saúde do idoso*, na filosofia tal de que a “*velhice não é doença*” (Ministério da Saúde, 2001). Em decorrência, a partir do discernimento de que a população paranaense está em constante mudança e envelhecendo de forma rápida e acentuada, e ainda se considerando que o objetivo é agregar qualidade de vida aos cidadãos paranaenses (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2011), foram estabelecidos os alinhamentos para a formação do ACS paranaense.

Assim, o ACS paranaense é um profissional da saúde, sem formação superior obrigatória, bastando só um curso de capacitação profissional teórico-prático. É caracterizado pelo seu vínculo forte com a comunidade, capacidade de liderança e de transformar situações-problema que afetam a qualidade de vida dos membros da comunidade, e destacando-se pela sua habilidade de comunicar e educar sobre informações em saúde com as pessoas (SESA/PR, 2011). Portanto, toda a ação realizada pelo ACS se considera extensão dos serviços de saúde dentro da comunidade atendida, embora o ACS tenha um território delimitado por um número de famílias (cadastradas e acompanhadas periodicamente), ações estas que podem também incluir atividades comunais coletivas espontâneas e/ou agendadas.

A mais recente ação em nível estadual registrada no Paraná, relativa ao envelhecimento humano, remete ao ano de 2017. Na ocasião, este estado realizou lançamento do Linha Guia da Saúde do Idoso, fundado na ideia de brindar os cidadãos paranaenses com a oportunidade de um envelhecimento ativo e saudável, com qualidade de vida, autonomia e independência pelo máximo tempo possível (SESA/PR, 2017). Deu-se prioridade à identificação de riscos com potencial de dano à saúde/integridade dos idosos, propondo-se intervenções multiprofissionais para sua identificação e atendimento. Nessa analogia, a atuação da ACS configura-se como base para toda a ação multidisciplinar, pois seu contato com a comunidade permite o reconhecimento de situações muitas vezes alheias às identificadas nas unidades/postos de saúde.

Neste trabalho, confere-se relevo à importância de identificar conhecimentos, percepções e experiências dos ACS que trabalham em municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná (9RS/PR), em referência à população envelhecida, no intuito de propor intervenções para a resolução desses problemas, ou mesmo, como esclarecimento e reforço às atividades

desenvolvidas pelos supracitados profissionais da rede local de saúde. Por se tratar de uma intervenção de diagnóstico, esta pesquisa pretende voltar-se ao fortalecimento do SUS local e estadual, especialmente no que diz respeito à Rede de Atenção Integral à Saúde do Idoso (RAISI), traçando possíveis caminhos para o tão almejado atendimento humanizado, tendo como base os três princípios doutrinários do SUS, sendo eles, integralidade, universalidade e equidade.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem mista (quantitativa), com análise dos respectivos dados por meio do enfoque qualitativo (conhecimentos e percepções) e do método quantitativo, que permitiu visualizar o peso percentual das variáveis numéricas (grau de conhecimento). As vantagens sobre a utilização de um método de análise mista são várias, e sua utilização vem ganhando relevo nas pesquisas em saúde. A título de exemplo, Driessnack, Sousa e Mendes (2007), comentam que:

O método misto é o uso de duas ou mais estratégias, quantitativa e/ou qualitativa dentro de um único projeto de pesquisa (...) métodos mistos se referem a um único estudo que utiliza estratégias múltiplas ou mistas para responder às questões de pesquisa e/ou testar hipóteses. Tais estratégias são implementadas concomitante ou sequencialmente (Driessnack, Sousa e Mendes, 2007, p. 3).

Os sujeitos de pesquisa foram constituídos por profissionais que exerciam a função de Agente Comunitário de Saúde. Por definição própria dos autores, este trabalho fará referência ao profissional ACS na sua forma feminina, ou seja, aludir-se-á à menção “a/as ACS” ao longo do texto. Foram entrevistados três municípios localizados na região Oeste do Paraná e sob a tutela da 9RS/PR, sendo eles: Ramilândia, Missal e Foz do Iguaçu. Visitaram-se nove unidades de saúde que trabalham sob a ótica da Estratégia de Saúde da Família (ESF). As atividades desenvolveram-se ao longo do mês de setembro do corrente ano. A escolha pelas ESF obedeceu a critérios de conveniência, pois se precisou da liberação dos profissionais por parte da Secretarias Municipais de Saúde.

O estudo foi executado empregando-se o método de intervenção direta. Esta intervenção geronto-sanitária surgiu a partir de um estudo que estava sendo desenvolvido em parceria interinstitucional entre a 9RS/PR e a SMSA/Foz, que teve por objetivo analisar o perfil socio-sanitário dos idosos, considerando-se também identificar a atuação dos profissionais da rede de atenção local, em referência a temática citada. É cabível ressaltar que a análise dos dados não pretendeu, em momento nenhum, julgar de “competente” ou “incompetente” a ACS, pois a fundamentação deste estudo se baseia na identificação dos principais desafios e as perspectivas que a ACS possui em referência, justamente para a proposição de mecanismos que permitam trabalhar nos pontos fracos, apontando para o fortalecimento da Rede de Atenção Integral à Saúde do Idoso (RAISI) paranaense.

Foi utilizado um questionário que continha questões mistas, ou seja, podendo responder-se a ele de forma aberta e fechada, dependendo da questão. As questões compreendiam informações referentes à formação acadêmica e atuação profissional da ACS, relatos sobre experiências de campo da ACS em relação à saúde do idoso (individuais ou coletivas), percepções sobre relações interpessoais na unidade de trabalho, grau de conhecimento sobre documentos oficiais da saúde do idoso, disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS) e concepções sobre o envelhecimento. Os documentos oficiais acima referidos foram: Estatuto do Idoso; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Idoso; Linha Guia da Saúde do Idoso do Paraná e Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

A aplicação do questionário configurou três etapas: a primeira etapa incidia sobre a explicação, e o esclarecimento de dúvidas, com respeito às perguntas contidas no instrumento. O dito espaço foi aproveitado para a entrega e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para além do TCLE, assegurou-se o anonimato de todas as ACS, bem como o tratamento confidencial dos dados obtidos, evitando-se quaisquer tipos de constrangimentos ou limitação de uma resposta honesta. A título de esclarecimento, esta pesquisa acolheu as diretrizes explícitas na Resolução n.º 466, do MS (2012). Efetuou-se a leitura na íntegra do questionário, de forma a criar um primeiro contato com o instrumento e distanciar possíveis dúvidas no decorrer de sua aplicação. Em sequência, a segunda etapa tratou do preenchimento individual do instrumento. Já a última etapa consistiu em uma roda de conversa sobre o *feedback* relacionado ao questionário, na medida em que se buscou identificar se o questionário representou algum grau de dificuldade, ou se qualquer pergunta tinha sido difícil de entender.

Categorizaram-se os dados em cinco pontos de interesse para a apresentação dos resultados e sua posterior discussão. À caracterização dos pontos de interesse seguiu-se a estrutura do instrumento utilizado no momento da coleta dos dados.

Para o cálculo das médias de anos laborais, foi empregada a fórmula a seguir:

$$\frac{\Sigma \text{Tempo trabalhado pelos ACS}}{\Sigma \text{ACS participantes}}$$

Exemplificando, somou-se o total de anos laborados entre todas as ACS e dividiu-se esse total entre o número total de ACS, observando-se, desse modo, a média geral de anos laborados pelas ACS. A variável “tempo” aceitou três possibilidades de resposta, sendo: dias, meses e/ou anos. A título de complemento, foram observados também os limites inferiores (menor período de tempo registrado) e limites superiores (maior período de tempo registrado) para essa variável, nos três municípios em foco.

Os dados foram tabulados na plataforma on-line *Formulários de Google*, de livre licença, posteriormente transferidos para o software Microsoft Excel, também de livre licença, onde foram criados gráficos e tabelas, para posterior análise estatística e de conteúdo, segundo natureza dos dados.

A leitura dos relatos sobre as experiências no campo de trabalho abrangeu dois pilares pré-definidos para a análise de conteúdo. O primeiro diz respeito às experiências classificadas como “positivas”, na medida em que se percebeu o domínio da ACS, de forma a resolver a demanda socio sanitária do idoso vivenciada no momento. Todavia, nas experiências classificadas como “negativas” não foi encontrada solução ao problema, aliás, identificou-se um sentimento de insatisfação/tristeza, produto da impotência profissional da ACS perante a vivência.

Resultados

Este estudo apresenta resultados sobre a experiência profissional, conhecimento em matéria da saúde do idoso e percepções sobre o envelhecimento humano entre 43 Agentes Comunitárias de Saúde, que laboram em três municípios localizados na região Oeste do Paraná.

Constatou-se predominância do sexo feminino, dado que a representação feminina correspondeu a 98%, sendo identificado um único ACS do sexo masculino. Em seguida, mostraram-se os principais achados, segundo as categorias de análise ora apreendidas:

Formação Profissional das Agentes Comunitárias de Saúde

Observaram-se os seguintes períodos laborais para cada município, correspondendo a: 7,6 anos para Missal, PR (limite inferior de 15 dias e limite superior de 20 anos); 11,3 anos para Foz do Iguaçu, PR (limite inferior de 18 dias e limite superior de 20 anos) e 14 anos para Ramilândia, PR (limite inferior de 2 anos e limite superior de 26 anos). Em relação ao local de trabalho, 53.5% das agentes moravam no município de Missal; 37.5%, no município de Foz do Iguaçu; e apenas 9.3%, no município de Ramilândia. A pouca participação das ACS de Ramilândia se deve ao fato de que nesse município só funciona uma unidade da ESF atualmente. Todas as ACS moram no bairro da sua prática profissional.

No tocante à identidade profissional das ACS, 88% referiu-se como profissionais da saúde, uma vez que só 12% das participantes não concordaram com a ideia de serem identificadas como profissionais da saúde. Quando consultadas sobre aspectos relacionados ao curso de formação iniciante de ACS, 46.5% delas asseveraram que o curso preparatório as dotou dos conhecimentos necessários para realizar as atividades profissionais no campo. Em seguida, 32.6% das entrevistadas indicaram ter obtido uma preparação parcial para a execução das tarefas esperadas. Contrariamente, percebeu-se que 20.9% das participantes rejeitaram a ideia de que o curso preparatório para ACS realmente promovera os conhecimentos necessários para elas desenvolverem os ditos labores diante dos desafios da *práxis*. Outro aspecto investigado, relacionado diretamente à formação profissional das ACS, foi o grau de conhecimento sobre a normativa específica que dispõe sobre as atribuições legais dessa profissão. Notou-se baixíssimo índice de conhecimento das leis n.º 11.350, “exercício das atividades de ACS” (Brasil, 2006); e n.º 13.595, “reformulação das atividades de ACS” (Brasil, 2018). Apenas 26% das ACS conseguiram identificar a finalidade dessas normas e 7% manifestou ter escutado falar nelas, porém, não saber de sua real abrangência.

A atualização/aperfeiçoamento profissional em matéria gerontosanitária configura recente discussão entre as instituições e profissionais da saúde, uma vez que remete à ideia de que as necessidades sanitárias e as demandas tanto internas como externas do próprio sistema de saúde são dinâmicas, estando em constante mudança, requisitando, nesse contexto,

capacidade de resposta imediata dos profissionais incumbidos. Diante de tal magnitude, questionou-se acerca da realização de cursos/atividades/aprimoramentos vinculados à saúde do idoso como mecanismo de auxílio às ações executadas. Em resposta, um predominate número de ACS (51%) referiu não ter realizado qualquer curso de atualização sobre as temáticas relativas à saúde do idoso.

Comunicação e educação em saúde é uma das principais destrezas requeridas das ACS. Neste estudo, verificou-se que apenas 18% das ACS se sentem “totalmente capazes” de comunicar e educar a respeito de temáticas quanto à saúde do idoso, exigindo-se tais procedimentos para o exercício de suas atribuições profissionais. Observou-se que 56% das ACS revelaram estar “parcialmente capacitadas” para realizar as referidas tarefas, registrando-se que 26% das ACS não se sentem capazes para o cumprimento dos objetivos propostos. Por outro lado, todas as participantes aquiesceram com a afirmação de que todas as atividades desenvolvidas pela ACS fortalecem o SUS, dados positivos, se vistos na perspectiva do empoderamento e autorreconhecimento dos profissionais da saúde.

Atuação Profissional e Relações Interpessoais das Agentes Comunitárias de Saúde

Para além da expectativa de que a ACS consiga transmitir e receber informações em/de saúde com os membros de sua comunidade, espera-se que essas habilidades sejam parte ativa do cotidiano e das relações interpessoais com os demais profissionais de saúde que trabalham de forma articulada na rede local de saúde. Assim, no tangente à percepção da ACS em relação a seu meio de trabalho e convivência com colegas, ou seja, os produtos do espaço físico e/ou imaginário, em que são pensadas as atividades de planejamento, análise e preparação para o cumprimento de visitas domiciliares, visualizou-se que 72% das ACS afirmam sentir-se parte de uma equipe de trabalho interprofissional; 23% revelou identificar-se em um ambiente de trabalho multiprofissional; enquanto 5% indicou não se sentir parte de uma equipe de trabalho.

Quando indagadas sobre as atividades desenvolvidas em contato direto com o idoso, obtiveram-se, como opções mais citadas: realização da visita domiciliária; acompanhamento das receitas farmacêuticas e escuta ativa sobre queixas fundadas nas complicações/agravos de saúde. Retomando a questão do planejamento das atividades propostas nas unidades de saúde, identificou-se o predomínio da modalidade de encontro semanal, no que diz respeito à periodicidade de reuniões grupais entre as ACS e os demais profissionais de saúde, sendo que 88% das participantes validaram a citada afirmação.

Em ressonância com as relações interpessoais da ACS, consultou-se sobre os laços de comunicação na unidade de saúde. Assim, ficou evidente uma perspectiva bastante positiva com relação à comunicação entre os profissionais que laboram na unidade de saúde, pois 67% concordou com que a comunicação é ativa; 26% expressou ser fraca; e 7% disse ser inexistente.

O reconhecimento das principais adversidades que acometem à saúde dos moradores nos territórios de responsabilidade das ACS é tarefa fundamental para o ótimo andamento da Atenção Primária em Saúde. Este trabalho aponta que a maior parte das ACS considera que o atual número de ACS que conforma sua equipe de trabalho não permite dar conta das demandas de suas respectivas comunidades (56%). No que concerne aos três principais problemas vistos pelas ACS no seu dia a dia, encontrou-se, segundo grau de importância:

1. *Problemas relacionados às Doenças Crônicas Não-Transmissíveis*: (Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus II e Neoplasias);
2. *Problemas relacionados à Saúde Mental*: (Demências; Solidão e Percepção negativa dos idosos sobre seu estado de saúde); e
3. *Problemas relacionados à dificuldade no Acesso aos Serviços de Saúde* (Capacidade de locomoção comprometida; longas distâncias entre a moradia do idoso e a localização das unidades de saúde e Acompanhamento não-adequado no consumo de drogas referidas pelo médico).

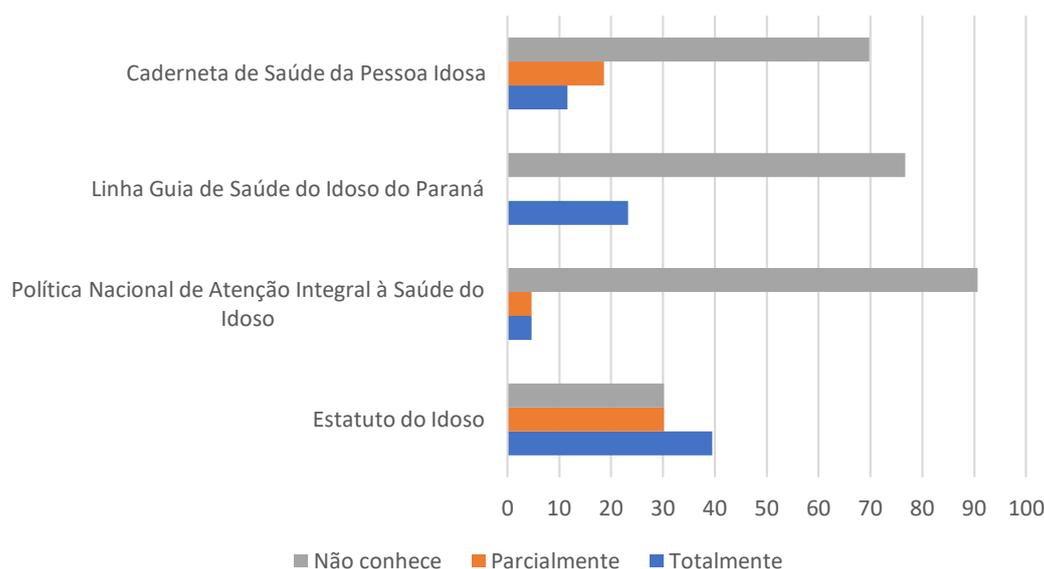
A caracterização do perfil etário das pessoas acompanhadas pelas ACS também merece destaque. É interessante notar que 40% das participantes mencionaram predominância de pessoas idosas no seu território de atuação, para o que 44% eram majoritariamente adultos. Somente 16% das ACS identificaram um território de atuação com número superior de crianças e/ou adolescentes. Com respeito ao grau de receptividade das visitas domiciliares realizadas, segundo informado pelas profissionais, foi possível confirmar que 77% das ACS informaram ter forte vínculo com a vizinhança.

A pergunta “*Você se sente preparado(a) para atender às demandas sanitárias do segmento populacional mais velho em sua comunidade?*” buscou, justamente, analisar a capacidade de resposta das ACS perante um dos principais desafios contemporâneos do SUS: atender de forma integral à população idosa em todos os níveis de atenção, especialmente enrijecendo a Atenção Primária. Infelizmente, apenas 39.5% das profissionais assentiram ter a correspondente bagagem teórico-prática. Importante número de ACS rejeita fatores como confiança e autodeterminação, no tocante à abordagem dos problemas associados à saúde do idoso.

Conhecimento sobre Instrumentos Oficiais da Saúde do Idoso

Um baixo número de ACS dispõe de conhecimento sobre os documentos oficiais disponibilizados pelo MS, que abordam a questão do envelhecimento humano sob a ótica da saúde integral do idoso. A título de gráfico, veja-se:

Gráfico 01: Grau de conhecimento entre os ACS, segundo o instrumento:



Fonte: Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria dos autores (2019)

Concepções sobre Saúde do Idoso e Experiências Geronto-sanitárias: o quê a ACS tem a dizer?

Apesar de haver inúmeras definições e concepções sobre o que é “saúde”, é importante que exista um consenso para a execução de uma abordagem consonante entre todas as profissões. Merecem destaque de observações, algumas significações que as ACS deram à provocativa: “*De que forma você define saúde do idoso?*”. No quadro 01, suas percepções foram agrupadas em três categorias principais:

Quadro 01: Percepções das ACS sobre o conceito de “Saúde do Idoso”, segundo categorização proposta:

<p>Significações ligadas à visão “saúde = patologia”</p>	<p><i>“É ter direitos aos medicamentos, acompanhamento psicológico e nutricional.”</i></p> <p><i>“É o cuidado físico que tem que ser dado ao idosos.”</i></p> <p><i>“Um idoso tem saúde quando ele está tomando corretamente os medicamentos, pode ter uma vida saudável, independente.”</i></p> <p><i>“Exames frequentes, integração às atividades físicas e boa alimentação.”</i></p> <p><i>“Acesso rápido a consultas necessárias, intervenções realizadas pelo médico e pela enfermeira na unidade de saúde.”</i></p>
<p>Significações ligadas à visão “saúde = acesso à informação”</p>	<p><i>“Orientar e fazer o acompanhamento das necessidades do idoso.”</i></p> <p><i>“Acho que seria informações passadas a eles, e sempre a atualização dos dados, se necessários. Muitas vezes nós encontramos dados já obsoletos e necessitamos orientar os idosos de novo.”</i></p> <p><i>“Cuidados e informações bem elaborados para o idoso.”</i></p> <p><i>“Cuidados com mais atenção, precisa que o idoso se pegue confiança para que consiga conservar sua saúde.”</i></p> <p><i>“Atenção com profissionais mais capacitados, às vezes, eles só precisam de serem escutados para ter boa saúde, nem de medicamentos.”</i></p>
<p>Significações ligadas à visão ampliada da saúde</p>	<p><i>“Cuidados num contexto geral, higiene, cuidado, atenção, direitos e garantias do Estatuto sendo respeitadas.”</i></p> <p><i>“É a garantia de ter acesso à saúde, moradia, alimentação, higiene, diversão, pois uma está ligada com a outra, não é?”</i></p> <p><i>“Como principal prioridade ter carinho, atenção e cuidados em todos os aspectos, o físico, o emocional, o psicológico etc.”</i></p> <p><i>“Bom convívio familiar, boas condições de moradia, boa renda e acesso aos serviços de saúde.”</i></p> <p><i>“Estar amparado em todos os setores.”</i></p>

Fonte: Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria dos autores (2019)

A visita domiciliar é a principal função da ACS vinculada à prática geronto-sanitária. Tal atividade foi relatada em quase todas as falas das ACS. Através de sua realização, a ACS desempenha a função de inspeção multidimensional das condições de vida e do ambiente que caracterizam o perfil de saúde do idoso. Algumas das experiências relatadas pelas ACS foram, segundo a categorização metodológica proposta:

- Positivas:

“Tive um caso na minha área, de um idoso que reside sozinho, que, numa visita de rotina, observei seus pés inchados, e trouxe seu caso à equipe, onde solicitaram a consulta; resumindo, descobrimos que sua próstata estava aumentando e agora está em tratamento com o especialista.”

“Ajudando na tomada de medicamentos de uma idosa que é analfabeta e não consegue ler as instruções; nós criamos uma caixinha, onde colocamos os medicamentos e desenhamos um solzinho e uma lua, para ela saber o horário que é para tomar o remédio. Isso já a ajudou bastante.”

“Idosa acamada, sem higiene, sem alimentos, chamamos à assistente social que, em conjunto com outros setores, conseguimos levá-la para morar no lar dos velhinhos daqui, onde ela hoje recebe atenção integral e pode se relacionar com os outros idosos também.”

“Na minha microárea encontrava-se um idoso com hipertensão arterial e diabetes, descompensado, ele estava infartado, fizemos o que podíamos, liguei para minha enfermeira, me orientou para chamar o SAMU, veio na casa dele e o filho, empatado, mas no fim deu tudo certo.”

- Negativas:

“Visitamos pessoas com maiores problemas de saúde, normalmente, dando mais atenção e condições de tratamento e possibilidades, mas a gente tem uma agenda que cumprir, e nem sempre podemos dar a atenção que eles precisam, pois nós temos um número de cadastros que cumprir no mês, sabe?”

“Eu trabalhei com um idoso acamado, vivia sozinho, ele sempre queria conversar comigo, eu várias vezes levei a enfermeira nele, para fazer uma revisão na saúde dele, mas, infelizmente, ele morreu. Eu acho que ele não recebia atenção de ninguém, e ele acabou descuidando, ou mesmo, ele não podia tomar cuidado de sua própria saúde. Eu fiquei muito triste, porque eu tinha criado um vínculo com ele, sabe? Mas, fazer o quê, né?”

“Foi realizada uma visita a uma senhora onde se precisou encaminhamento ao posto, e foi acionado o Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) e a assistência social para ir no domicílio, mas eu acho que não resolveu de muito, não, pois eu ainda posso por lá e vejo que a coisa não mudou tanto assim.”

Discussão

O envelhecimento humano é um fenômeno complexo e dinâmico, e sua compreensão deve ser atendida de forma multidisciplinar, com vistas a promover uma atenção mais integral e humanizada. O próprio conceito da “Saúde do Idoso” adotado pelo estado do Paraná ressalta, ainda, a complexidade e a heterogeneidade desse fenômeno sociomundial e os desafios que representa para o sistema público de saúde brasileiro (SESA/PR, 2017). Nessa lógica, as ações geronto-sanitárias desenvolvidas pelos profissionais de saúde, e daqueles de outras áreas do conhecimento, vinculados à atenção integral à saúde do idoso, admitem a asseveração de que:

A saúde do idoso resulta da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental (aspectos cognitivos e emocionais), autonomia, integração social, suporte familiar e independência econômica. Para aqueles que envelhecem, muito mais do que apenas a ausência de doenças, a qualidade de vida deve refletir a manutenção da autonomia, ou seja, da capacidade de determinação e execução dos próprios desígnios (SESA/PR, 2017, p. 26).

Levantando o debate relativo à questão de gênero, o fato de quase todos os ACS serem do sexo feminino impossibilitou a realização de comparações dicotômicas relativas às significações masculinas e femininas sobre o envelhecimento. Se bem que a literatura aponte para um maior número de ACS do sexo feminino, parece que as atividades esperadas desse profissional têm maior consentimento e procura nas mulheres do que nos homens. Ainda, sobre esse fenômeno de feminização da profissão do ACS, Bezerra, Espírito Santo e Batista Filho (2005) comentam que:

Tal postura justifica-se, em parte, pela construção de um “imaginário coletivo” que permite à mulher se desnudar ao profissional de saúde, médico ou enfermeiro, pois os mesmos trazem histórias e contextos de vida diferentes ao seu. No entanto, a mesma situação não se reproduz com o ACS, uma que o mesmo compartilha vivências semelhantes à sua, incluindo o espaço

geográfico. Dessa forma, estabelece-se uma situação de constrangimento, em alguns momentos impeditiva do acesso à moradia pelo ACS do sexo masculino (Bezerra, Espírito Santo, & Batista Filho, 2005, p. 811).

Com base na média de anos laborados pelas ACS, percebeu-se que, no município de Ramilândia, as ACS têm mais anos de experiência nas suas funções. Entretanto, a diferença abismal entre Ramilândia e Missal (de 14 para 7 anos, respectivamente), por exemplo, deve-se ao motivo de apenas 4 ACS terem participado da pesquisa e uma delas ter apresentado experiência laboral de 26 anos, aumentando, assim, o peso geral deste município. Em contrapartida, Missal contou com maior participação de ACS, fato que pode ter atuado como elemento divergente na média de anos laborais desses profissionais.

Concordando com este estudo, pesquisa desenvolvida por Fernandes, *et al.* (2009), num município paulista, que teve por objetivo identificar o conhecimento que os ACS (n=51) apresentavam sobre envelhecimento e demência, apontou os seguintes achados: a população foi predominantemente feminina (84%); a maioria (88%) relatou não ter realizado nenhum curso vinculado à gerontologia; 78% manifestou ter muito contato com idosos nas suas atividades cotidianas e pouco conhecimento para abordar as questões relacionadas à saúde do idoso; e a maioria relacionou o envelhecimento com opiniões negativas, tais como: incapacidade funcional; percepções negativas sobre a vida humana e perdas das relações sociais, especialmente do vínculo familiar. A temática abordada pelos pesquisadores configurou o segundo principal problema de saúde notado pelas ACS deste estudo: os “problemas relacionados à saúde mental”. Abonando o debate, Degani e Chariglione (2019) afirmam que “a demência vem se tornando um assunto de interesse para toda a sociedade, pois o seu maior fator de risco é a idade avançada, sendo uma das razões que mais comprometem o viver de uma velhice satisfatória”.

Segundo manifesto pelas ACS, as DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis) correspondem ao principal motivo de adoecimento em idosos em seus territórios de abrangência. Pesquisa feita por Leite, Pai, Quintana e Costa (2015), que buscou analisar os saberes e ações realizadas por ACS relativos às DCNT em idosos, apontou que:

Há limitação nos saberes e nas ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, junto à população de idosos com DCNT. Também, observar que a hipertensão e o diabetes são as doenças crônicas que a maior parte dos ACS tem como foco de ação e conhecimento. Reduzido número de ACS manifestou conhecer outras doenças, como câncer, asma, bronquite,

DPOC, artrite/artrose, osteoporose ou deficiências cardíacas, bem como oferecer orientações de cuidado sobre estas morbidades, que têm alta incidência na população idosa (Leite, Pai, Quintana, & Costa, 2015, p. 2274).

É importante ressaltar que, embora as ACS tenham indicado pouco conhecimento/preparação para lidar com as DCNT, a vontade de aprender mais sobre tais morbidades sobressai e, dessa forma, poderia ser aproveitada como área para melhora.

Bezerra, Espírito Santo e Batista Filho (2005) suplementam que “a realização de estudos que visem a pesquisar concepções sobre o envelhecimento, com trabalhadores envolvidos no cuidado com o idoso, pode contribuir para a implementação de políticas públicas”. Os autores comentam que essas atividades “ajudariam na construção de conteúdos para: formação e capacitação de pessoal, instrumento para gestão, e como apoio na tomada de decisões, por meio da avaliação para gestão”.

O baixo grau de conhecimento, sobre instrumentos oficiais em Saúde do Idoso projetados pelas ACS, merece ser analisado com cautela. Por um lado, o fato de que a maior proporção de profissionais não reconheça, ou reconheça parcialmente, a existência desses instrumentos, pode influenciar negativamente no desenvolvimento de suas atividades e, em longa pretensão, interferir no alcance dos objetivos propostos com a criação da RAISI- PR, que dizem respeito à humanização na atenção gerontosanitária. A fonte desta afirmação se refere meramente à opinião de que o não reconhecimento em matéria legal (seja o caso do Estatuto do Idoso) e em matéria assistencial (seja o caso da Linha Guia de Saúde do Idoso do Paraná e da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa) podem configurar atual impedimento para a concretização da atenção integral às demandas sociosanitárias dos cidadãos paranaenses envelhecidos.

Com toque especial à matéria legal, Martins e Massarollo (2008, pp. 26-27) argumentam que “o tema central que permeia todos os artigos do Estatuto do Idoso é o amparo, a assistência e a proteção ao indivíduo em seu próprio processo de envelhecimento e quando já velho”. Tal marco legal traz à discussão dois aspectos de relevância gerontosanitária contemporânea. O primeiro aspecto diz sob as formas de fazer gestão das ações e serviços em saúde destinados à população envelhecida. Pereira, Lacerda e Natal (2017) oferecem brilhantes aportes: 1) a saúde do idoso não se limita a ações unicamente dentro da saúde, uma vez que se faz necessário o contato com outros setores de interesse; 2) uma infraestrutura adequada propicia, geralmente, índices satisfatórios no atendimento às pessoas de idade; 3) as ações devem, prioritariamente, garantir o desenvolvimento de vínculos sociais entre *idoso – família*

– *comunidade*, visando à manutenção da autonomia, independência e participação social; 5) a avaliação deve ser um instrumento de gestão e não um mecanismo punitivo organizacional.

Em conclusão, as autoras estabelecem que:

A avaliação deve estar contextualizada, considerar as peculiaridades locais, que neste modelo está refletido nas medidas de percepção, nas ações de gestão, quando relata seus mecanismos para superar as adversidades administrativas. O objetivo da avaliação não é ser um mecanismo punitivo, mas sim uma ferramenta importante de gestão. Ela deve refletir os pontos fortes e fracos, e mostrar ao gestor de uma forma muito clara os pontos de sua gestão que podem ser melhorados. O Estatuto do Idoso junto com a PNSPI ainda não são ferramentas balizadoras da atenção à saúde do idoso na qualidade esperada. Mecanismos legais existem; sua aplicabilidade é que precisa ser operacionalizada, para podermos ter no país um envelhecimento com a dignidade que todos merecemos (Pereira, Lacerda, & Natal, 2017, p. 14).

O segundo aspecto é trabalhado de forma impecável por Oliveira, Concone, Lodovici, e Lopes, aprofundando as questões políticas que norteiam a proteção legal dos direitos do idoso, pois se tem ciência de que: 1) a atenção ao idoso, por vezes, deve superar os estigmas decorrentes de seu pertencimento à esfera filantrópica; 2) o fortalecimento da territorialização envolve sentimento de regionalização, ou seja, conhecer recursos e demandas locais; 3) a interação entre Estado e sociedade civil expressa a riqueza de insumos para a constante adequação das ações públicas; e 4) o empoderamento cidadão serve como mecanismo para o resgate do poder político da sociedade (Oliveira, Concone, Lodovici, & Lopes, 2014).

Chama a atenção que grande número de ACS participantes deste estudo identificaram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Idoso. Nesse instrumento, quando comparado com os outros três indagados nesta pesquisa, foram encontrados melhores índices de conhecimento. Segundo o MS (2006), a finalidade da PNSPI “é a de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”.

Retomando a conversa sobre a matéria assistencial, Lima, Arcieri, Garbin e Moimaz (2010) abordam que a assistência humanizada voltada à resolução das demandas dos idosos requer a priorização do atendimento, o respeito à autonomia e à independência do geronte.

As autoras realizam assertivos apontamentos, ao afirmarem que “através de uma assistência humanizada e personalizada por parte dos profissionais de saúde, garante-se o equilíbrio físico e emocional do paciente idoso”. Isso porque a abrangência da saúde do idoso é inquestionavelmente multidisciplinar. Sua compreensão, como já indicado, aciona a intersectorialidade e interinstitucionalidade em saúde e, no que concerne à prática dos profissionais, a atenção direta com os usuários, ora pacientes, posiciona-os perante um oceano de desafios, testando sua própria capacidade de resolução individual (atribuição profissional específica) e coletiva (trabalho em equipe multi/interdisciplinar).

Além disso, é digno de notar a capacidade de intervenção multifacetada da ACS perante o fenômeno sociomundial que traz o envelhecimento humano, ainda sobre a perspectiva de um crescimento populacional desmedido. Possível elemento facilitador, nesse contexto, talvez seja o convívio da ACS com seus vizinhos, o reconhecimento de suas atribuições profissionais por parte da vizinhança e, especialmente, sua vontade de propor melhoras às condições de vida identificadas na comunidade, mesmo que seja pelo seu vínculo forte com o *espaço – território*, pois a ACS também conforma estatística demográfica desse território. A ACS é uma profissional que se mantém constantemente informada sobre o estado de saúde dos moradores do bairro e dos potenciais riscos acometedores da saúde, quer pela sua atividade cotidiana de visitas domiciliares, quer pela indicação de outras pessoas que visualizam, nela, uma profissional interessada no bem-estar coletivo de seus semelhantes. Assim, o espaço mediado <<ACS – usuário – comunidade>> pode transformar-se em oportunidades de intervenção para as tarefas de prevenção, promoção, acompanhamento e reabilitação do perfil socio-sanitário dos idosos.

Não obstante, os achados deste estudo mostrem baixo grau de domínio das ACS sobre situações que requeiram as atividades de comunicação e educação em saúde, de forma a resolver imediata ou paliativamente, as demandas socio-sanitárias dos idosos e, mesmo tendo sido capacitadas para tais fins, a mera capacitação não significa a absorção e/ou o desenvolvimento dessas habilidades. Como reforço, Melo, *et al.* comentam que:

Os profissionais devem ser capacitados para a busca constante das relações sociais que se desenvolvem no dia a dia dos serviços, numa perspectiva crítica de visualizar, com maturidade, os problemas advindos da convivência humana, em qualquer situação na qual ela ocorra. Muito mais importante do que adquirir técnicas é adquirir uma postura de educador (Melo, *et al.*, 2009, p. 1584).

Se apreciadas as experiências (positivas e negativas) expressas pelas ACS, encontram-se as seguintes observações:

1. A profissional ACS encontra-se, cotidianamente, frente ao desafio de exercer a inter/multiprofissionalidade, uma vez que o simples cadastramento/acompanhamento dos idosos tende a não ser tão resolutivo como o esperado. Nesse ambiente, o real alcance da prática geronto-sanitária da ACS se detalha na capacidade de ativar os atores precisos, nos momentos certos;
2. A assistência farmacêutica em idosos ainda representa melindrosa atividade para o SUS, não pelo fato da escassez de drogas que, na maioria das vezes, visam ao controle de DCNT, mas pela necessidade de fazer com que os idosos adiram aos tratamentos na forma e dose recomendada;
3. As áreas descobertas (aqueles territórios que não registram presença fixa de ACS) são, para além de lacunas da cobertura integral das unidades de saúde, evidentes exemplos da desigualdade e iniquidade da assistência geronto-sanitária, uma vez que as ACS relatam ter bastante contato com idosos na sua cotidianidade;
4. A morte, quando sentida/percebida de maneira culposa, pode representar considerável desencadeador de agravos à saúde da ACS, no sentido em que o vínculo entre ACS – usuário promove o rose de tais sensações;
5. *Escutar não reflete em fazer*. Isso porque o relato das ACS remete à frase coloquial de “*Eu já escutei, mas não sei dizer*”. A prática geronto-sanitária se constata como plena vivência dessa frase para as ACS. O pouco interesse das secretarias de saúde em promover práticas e conhecimentos em saúde do idoso é visto como produto da baixa capacidade das ACS de lidar com esse tipo de demandas. Aliás, o pouco interesse da própria ACS de se aperfeiçoar/atualizar aumenta tal resultado.

Diante da realidade exposta neste trabalho, surgem as inquietudes: estamos no caminho à integralidade em saúde ou estamos retrocedendo sobre território já percorrido? o envelhecimento humano não é questão/interesse de todos os profissionais da saúde e sim de uns quantos? A ACS como profissional da saúde com forte vínculo com a comunidade realmente não está sendo pensada para o fortalecimento da rede de atenção integral à saúde do idoso?

Perante tais incertezas, levantamos recomendação para a realização de pesquisas futuras, com diferentes abordagens teórico-metodológicas, que visem a oferecer respostas a essas questões geronto-sanitárias paranaenses.

Se bem que a pesquisa discutida neste trabalho tenha privilegiado o estudo da categoria profissional de ACS, reforçamos ainda a pretensão de se trabalhar com todas as categorias profissionais incumbidas pela prevenção, promoção, cura e reabilitação das condições socio sanitárias do segmento envelhecido, uma vez que a atenção integral à saúde do idoso demanda tal visão multiprofissional e multidisciplinar.

Reflexões Finais

Esta pesquisa representou momento histórico para o sistema de saúde local pois, até a data, não tinha se desenvolvido nenhuma atividade de pesquisa geronto-sanitária que juntasse as realidades dos três municípios do Oeste paranaense entrevistados.

Não obstante o número de participantes tenha sido baixo, quando comparado ao número de profissionais dessa categoria (ACS) que laboram nos diferentes distritos sanitários do município, defende-se a asseveração de que os resultados apontados nesta pesquisa permitirão guiar futuras atividades de aperfeiçoamento dos trabalhadores da saúde e, conseqüentemente, melhor atenção à saúde do idoso no Paraná. Nesse sentido, o sucesso evidenciado nesta pesquisa, no que concerne à aplicação de um instrumento (questionário semiestruturado) que, de acordo com a avaliação das ACS, é de fácil compreensão e rápido preenchimento, poderia auxiliar na reprodução da pesquisa em todas as unidades/postos de saúde dos municípios indagados, de forma mais pretensiosa, a de ser estendido para todas as categorias ocupacionais que trabalham em contato direto com o idoso paranaense.

Referências

- Bezerra, A. F. B., Espírito Santo, A. C. G. E., & Batista Filho, M. (2005). *Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso*. *Rev de Saúde Pública*, 39(5), 809-815. Recuperado em 30 julho, 2019, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500017.
- Brasil. (2006). Lei n.º 13.595, de 5 de outubro de 2006. *Atribuições profissionais do agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias*. Recuperado em 30 julho, 2019, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm.
- Brasil. (2018). Lei n.º 11.350, de 5 de janeiro de 2018. *Reformulação das atribuições profissionais do agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias*. Recuperado em 30 julho, 2019, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm.

Degani, M., & Chariglione, I. P. F. S. (2019). *Uma proposta da abordagem Snoezelen em estimulação multissensorial no contexto da Gerontologia – um ensaio reflexivo*. São Paulo, SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(2), 175-196. Recuperado em 30 julho, 2019, de: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i2p175-196>.

Driessnack, M., Sousa, V. D., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisão de desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. São Paulo, SP: *Rev Latino-Am Enfermagem*, 15(5). Recuperado em 30 julho, 2019, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421877025>.

Fernandes, H. C. L., Pavarini, S. C. L., Barham, E. J., Mendiondo, S. Z., & Luchesi, B. M. (2010). Envelhecimento e demência: o que sabem os agentes comunitários de saúde? *Rev Esc Enferm USP*, 44(3), 782-788. Recuperado em 30 julho, 2019, de: <https://www.scielo.br/pdf/reusp/v44n3/33.pdf>.

Leite, M. T., Pai, S. D., Quintana, J. M., & Costa, M. C. (2015). Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro, RJ: *Cuidado é fundamental*, 7(2), 2263-2276. Recuperado em 30 julho, 2019, de: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750946007.pdf>.

Lima, T. J. V., Arcieri, R. M., Garbin, C. A. S., & Moimaz, S. A. S. (2010). Humanização na atenção à saúde do idoso. São Paulo, SP: *Saúde e Sociedade*, 19(4), 866-877. Recuperado em 30 julho, 2019, de: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/13.pdf>.

Martins, M. S., & Massarollo, M. C. B. (2008). *Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico*. São Paulo, SP: *Rev Esc Enferm USP*, 42(1), 26-33. Recuperado em 30 julho, 2019, de: <https://www.redalyc.org/pdf/3610/361033294004.pdf>.

Melo, M. C., Souza, A. S., Leandro, E. L., Mauricio, H. A., Silva, I. D., & Oliveira, J. M. O. (2009). A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. Rio de Janeiro, RJ: *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1), 1579-1586. Recuperado em 30 julho, 2019, de: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a31v14s1.pdf>.

Ministério da Saúde, MS. (2001). *Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília, DF. Recuperado em 30 julho, 2019, de: <https://patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Programa-Agentes-Comunit%ca3%a1rios-de-Sa%cbade.pdf>.

Ministério da Saúde, MS. (2006). *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, DF. Recuperado em 30 julho, 2019, de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.

Ministério da Saúde, MS. (2012). *Conselho Nacional de Saúde: Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012*. Recuperado em 30 julho, 2019, de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Oliveira, B., Concone, M. H. V. B., Lodovici, F. M. M., & Lopes, R. G. C. (2014). *Atenção à saúde do idoso: políticas públicas e “saber local”*. Vitória, ES: *Argumentum*, 6(1), 190-207. Recuperado em 30 julho, 2019, de: <http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/7493/5760>.

Paraná. (2011). Secretaria de Estado da Saúde. *Formação inicial para Agente Comunitário de Saúde*. Curitiba, PR: Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha. Recuperado em 30 julho, 2019, de: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-39173>.

Paraná. (2017). Secretaria de Estado da Saúde. *Linha Guia da Saúde do Idoso*. Curitiba, PR: Superintendência de Atenção à Saúde. Recuperado em 30 julho, 2019, de: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linhaguiasaudeidoso_2018_atualiz.pdf.

Pereira, K. C. R., Lacerda, J. T., & Natal, S. (2017). Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção à saúde do idoso. Rio de Janeiro, RJ: *Cadernos de Saúde Pública*, 33(4), 01-16. Recuperado em 30 julho, 2019, de: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2017.v33n4/e00208815/pt>.

Rodrigues, R. A. P., Kusumota, L., Marques, S., Fabrício, S. C. C, Cruz, I. R., & Lange, C. (2007). *Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da Enfermagem*. Florianópolis, SC: *Texto Contexto Enferm*, 6(3), 536-545. Recuperado em 30 julho, 2019, de: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a21v16n3.pdf>.

Recebido em 08/11/2019

Aceito em 30/03/2020

Roberth Steven Gutiérrez Murillo - Sanitarista Bacharel em Saúde Coletiva, Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza, da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidad Europea del Atlántico (UNEATLANTICO). Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, UNILA. Acreditação Internacional Nível Básico em Atenção à Saúde do Idoso, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS-OMS).

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2304-3241>

URL: <https://orcid.org/0000-0003-2304-3241>

E-mail: stevengumu@gmail.com

Carmen Justina Gamarra - Bacharel e Licenciada em Enfermagem, Universidad Nacional de Misiones, Argentina. Título revalidado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Especialização em Enfermagem no controle do câncer, INCA-RJ. Mestrado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ. Doutorado e Pós-Doutorado em Saúde Coletiva, IMS, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Experiência no Ensino e Pesquisa na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia. Coordenadora da Graduação em Saúde Coletiva, na Universidade Federal da Integração Latino-Americana, UNILA.

E-mail: carmen.gamarra@unila.edu.br

Vanessa Pauli de Araujo - Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Ponta Grossa (UFGP). Pós-Graduanda (Especialização) em Auditoria do SUS, Escola de Saúde Pública do Paraná. Coordenadora Regional de Saúde do Idoso da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Foz do Iguaçu, PR. Filiada à Secretaria da Saúde do Estado do Paraná - 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu.

E-mail: vanessa09rs@gmail.com

Barbara de Andrade Alves - Graduada em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, PR. Mestre em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina. Especialista em Saúde da Criança, Universidade Estadual de Londrina. Atualmente é Chefe da Seção de Atenção Primária à Saúde, na 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu, Secretaria da Saúde do Estado do Paraná.

E-mail: andradealves.b@gmail.com

* Agência de fomento: Secretaria da Saúde do Estado do Paraná - 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu.