



## EXPERIÊNCIAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE COM PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES E VULNERÁVEIS

### EXPERIENCES OF COMMUNITY HEALTH AGENTS WITH VULNERABLE ELDERLIES

Maria Cecília de Souza Minayo<sup>1</sup>

Patrícia Constantino<sup>2</sup>

Raimunda Matilde do Nascimento Mangas<sup>3</sup>

Telma Freitas da Silva Pereira<sup>4</sup>

**Resumo:** Visa-se reportar e analisar experiências dos agentes comunitários de saúde (ACS) no cuidado com pessoas idosas, com objetivo de contribuir para a formulação de uma política de atenção à Saúde a pessoa idosa na cidade do Rio de Janeiro. Utilizou-se o método dialógico, por meio de rodas de conversa com 100 agentes comunitários de saúde do município do Rio de Janeiro. As conversas versaram sobre: se há idosos dependentes nos locais onde o ACS atua; o que este faz em relação aos frágeis e acamados; se eles recebem cuidados de familiares; se há idosos vivendo sozinhos; se existem redes de apoio aos mais vulneráveis; se há iniciativas para os saudáveis prolongarem sua autonomia. As rodas de conversa geraram cinco categorias: características dos idosos atendidos; influência da sociogeografia na vivência do envelhecimento; inexistência de prioridade nos atendimentos; violência sofrida pelos mais frágeis; cuidados com os autônomos e saudáveis. Termina-se com sugestões fundamentadas na experiência nacional e internacional.

**Palavras-chave:** Saúde; Agente comunitário de saúde; Pessoa idosa dependente; Vulnerabilidade em saúde.

**Abstract:** The aim is to report and analyze the experiences of community health agents (CHA) in the care of the elderly, with the aim of improving their practice and contributing to the formulation of a national policy for the dependent elderly. The dialogic method was used, through conversation circles with 100 CHAs in the Rio de Janeiro. The conversations focused on: whether there are dependent elderly people in the places where the CHA works; what he does for the frail; they receive care from family members; there are elderly people living alone; there are support networks for the vulnerable; there are initiatives for healthy people. The conversation circles generated five categories: characteristics of the elderly people; influence of sociogeography on the experience of aging; lack of priority in care; violence suffered by the weakest; care for the healthy. It ends with suggestions based on the national and international experiences.

**Keywords:** Health; Community health workers; Frail elderly, Health vulnerability.

---

<sup>1</sup> Doutora em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) – ENSP/FundaçãoOswaldo Cruz - FIOCRUZ. Rio de Janeiro-RJ, Brasil E-mail: [maminayo@gmail.com](mailto:maminayo@gmail.com)

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) – ENSP/FundaçãoOswaldo Cruz - FIOCRUZ. Rio de Janeiro – RJ, Brasil. E-mail: [paticons2015@gmail.com](mailto:paticons2015@gmail.com)

<sup>3</sup> Mestre em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) – ENSP/FIOCRUZ. FundaçãoOswaldo Cruz - FIOCRUZ. Rio de Janeiro-RJ, Brasil E-mail: [raimangas.mangas1@gmail.com](mailto:raimangas.mangas1@gmail.com)

<sup>4</sup> Especialista em Gênero Sexualidade e Direitos Humanos da da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) – ENSP/FIOCRUZ FundaçãoOswaldo Cruz - FIOCRUZ. Rio de Janeiro-RJ, Brasil. E-mail [freitas1409@gmail.com](mailto:freitas1409@gmail.com)



## 1 Introdução

Os agentes comunitários de saúde (ACS) fazem parte da Estratégia Saúde da Família (ESF), que foi criada em 1994, é um dos principais programas do Ministério da Saúde, cuja importância, desenvolvimento e efetividade se observam desde então. No entanto, sua existência precede a ESF. A criação dessa categoria foi uma iniciativa da Secretaria de Saúde do Ceará em meados dos anos 1980 e se universalizou pelo país na década de 1990. Desde seu nascedouro, a proposta dos ACS é promover visitas aos domicílios da população adscrita de determinado território e estabelecer vínculo com as famílias, para conhecer suas necessidades de saúde e incorporá-las ao SUS a partir da atenção primária (Assis *et al.* 2018). Em 2018, a Lei 13.595/2018 consolidou a essencialidade e a obrigatoriedade do ACS na Estratégia de Saúde da Família. E desde 2006, a Lei 11.350/2006 regulamentou a profissão, definindo suas atribuições, forma de contratação e condições de trabalho.

Os ACS residem no mesmo território em que trabalham (sendo esse um pré-requisito para o exercício de sua atividade), o que contribui para que vivenciem a realidade das pessoas das quais cuidam e sejam elos efetivos e compreensivos de interlocução entre eles e a equipe da ESF (Bezerra *et al.* 2005). Sua estratégia mais importante no exercício do cuidado é a visita domiciliar, que lhes permite o aprofundamento do conhecimento da realidade das condições de vida, da moradia e das relações familiares e com a vizinhança (Filgueiras; Silva *et al.* 2014).

Revisão sistemática realizada por Mélló *et al.* (2023) mostra que em várias partes do mundo e, guardadas as diferenças culturais, a tarefa dos ACS é fundamental para os sistemas de saúde. O fato de morarem no mesmo território parece uma vantagem, porém traz-lhes também dificuldades. Como quase todos atuam em situações ou espaços de vulnerabilidade social e de saúde, não só são mais afetados pelas dores e sofrimentos das pessoas que atendem, como pelos conflitos e violências que presenciam ou de que também são vítimas (Silva *et al.* 2014; Medeiros *et al.* 2020).

Em geral, a literatura existente sobre essa categoria no Brasil se concentra na sua potência mediadora, que significa ganho expressivo para a ESF, na importância das visitas familiares, na necessidade de aprofundar sua formação e, também, nas dificuldades no exercício das atividades e da comunicação com outros profissionais (Silva *et al.* 2014; Silva *et al.* 2021; Mrejen *et al.* 2023; Mélló *et al.* 2023)



Na população que os ACS atendem, destacam-se cada vez mais as pessoas idosas, cujas demandas são muito diversas e só crescem (Camarano *et al.* 2023). Ressalta-se como desafiadora a situação daquelas que vão perdendo autonomia, capacidade cognitiva ou vivem sozinhas ou abandonadas (Mrejen *et al.* 2023; Minayo, 2019; Camarano *et al.* 2023).

Conforme a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Brasil, 2006), essa população pode ser dividida em duas categorias: os que, mesmo precisando de alguma ajuda medicamentosa ou de qualquer natureza, têm uma vida ativa, autônoma e independente (mais de 80% da população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (Brasil, 2019). Uma velhice saudável corresponde a um anseio mundial (Fernández-Ballesteros *et al.* 2013).

Porém, a mesma PNS 2019 informa que, dos 17,3 milhões de indivíduos com deficiência encontrados na mesma pesquisa, a maioria é formada por pessoas idosas com problemas físicos, de locomoção, cognitivos e mentais, o que significa que precisam de ajuda permanente de uma terceira pessoa para sobreviver. Esse estudo mostrou ainda que 75% dos idosos dependem exclusivamente dos serviços do SUS, o que aponta a imensa responsabilidade do sistema público. A PNSPI (2006) propõe assegurar ao máximo a permanência da pessoa idosa no seu meio cultural, de preferência no seio da família, assim como orienta a redefinição de programas, planos, projetos e atividades visando uma atenção integral, tendo a atenção básica como porta de entrada.

Existem padrões internacionais para aferir a capacidade funcional por problemas físicos, mentais, cognitivos e sensoriais, por meio de inquéritos que medem o grau de dificuldade ou de necessidade de ajuda para realização de atividades da vida diária (AVD) e de atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (WHO, 1980). As primeiras incluem a habilidade para alimentar-se, vestir-se, tomar banho, usar o toalhete, levantar-se (ou transferir-se da cama para uma cadeira) e caminhar em um cômodo no mesmo andar. As AIVD incluem atividades para administrar o próprio dinheiro, fazer compras, usar transporte e cuidar da casa. Apesar de sua inegável importância, tanto a PNSPI (2006) como o Estatuto do Idoso (2003) são lacônicos em relação aos cuidados de longa duração.

Neste artigo, propõe-se compreender e analisar a visão dos agentes comunitários de saúde sobre as pessoas idosas que vivem nos territórios onde trabalham. Tanto os ativos, que precisam ser estimulados a preservar e ampliar sua autonomia, como os dependentes, que vivem com suas famílias ou moram sozinhos em condições precárias. Mas o foco principal do trabalho será no segundo grupo. Porque, concordando com Lima-



Costa *et al.* (2017), a perda da capacidade funcional provavelmente é a dimensão mais problemática da saúde dos idosos. Além do sofrimento pessoal e do aumento da responsabilidade familiar, aumenta a demanda por serviços médicos e sociais e os custos correspondentes. O conceito de vulnerabilidade é compreendido, a partir Ayres *et al.* (2006); Salmazo-Silva *et al.* (2012); Barbosa *et al.* (2024) nas dimensões individual, social e pragmática. Compreende, no campo individual, limitações biológicas, emocionais e cognitivas. Na dimensão social, compreende o contexto socioeconômico, acesso à educação e às relações intergeracionais. A vulnerabilidade diz respeito ao acesso a programas específicos de serviços de saúde, proteção e promoção em direitos humanos, e a políticas públicas que garantem a integralidade da atenção.

O objetivo deste estudo é contribuir para a formulação de uma política específica para o idoso dependente, a partir da contribuição dos ACS.

## 2 Contexto e caminho metodológico

Este artigo apresenta os resultados de uma pesquisa que envolveu 100 ACS de todas as dez Coordenações das Áreas Programáticas (CAP) da cidade do Rio de Janeiro, sendo realizada uma roda de conversa em cada área programática. O número médio de participantes foi de dez ACS por sessão, predominando a presença de mulheres. Nas rodas, buscou-se a diversidade dos locais onde atuam, que no jargão dos ACS são assim classificados: “asfalto”, “favela” e “morro”. As conversas contemplaram diferenciações de condições sociais, geográficas e de necessidades de cuidados dos idosos.

Adotou-se para este estudo o método dialógico, que tem raízes no pensamento de importantes filósofos em sua forma de entender a realidade, como Vigotski (2001), Habermas (1987), Barthes, (2011), Certeau (2011), Paulo Freire (2019) e Paul Ricoeur (2023). Esses autores, cada um dentro da complexidade de sua obra, concebem a reflexão sobre a experiência cotidiana de forma questionadora como método de pesquisa.

As “rodas de conversa” são uma técnica reflexiva e crítica utilizada principalmente nos campos de saúde mental, de educação e em abordagens etnográficas (Moura, 2014; Alessi, 2016; BEDIN, 2018; Minayo *et al.* 2020; Pinheiro, 2020). Nas rodas, a proposta é ouvir a voz da experiência, trocar de ideias e discutir a manifestação de divergências e de convergências sobre determinado tema. Nas sessões propostas utilizamos o gravador de modo a não perder os relatos dos ACS e ainda o diário de campo, como forma de observar as percepções sobre a atenção as pessoas idosas.



Numa roda, trabalha-se com um número pequeno (de seis a dez) participantes, pois a finalidade é ouvir cada uma das pessoas sobre as questões-chave colocadas por quem coordena (Minayo *et al.* 2020). A roda de conversa se distingue tecnicamente do grupo focal, pois não se limita a um assunto-foco. Permite uma expressão livre sob o assunto em pauta em seus consensos, dissensos e variações. Sua função reflexiva é o compartilhamento e o questionamento de ideias baseadas na experiência.

Os locais de pesquisa foram as centrais das CAP que gerenciam a atenção básica nos 162 bairros do município do Rio de Janeiro, que são distribuídos segundo o **Quadro 1**. A capital tem um total de 1.261 Clínicas da Família e 7.457 agentes comunitários de saúde. Em cada unidade há em média seis agentes (**Quadro 2**).

**Quadro 1:** Classificação dos bairros da cidade do Rio de Janeiro segundo as dez áreas programáticas

<b>A.P.1.0</b>	Saúde, Gamboa, Santo Cristo, Caju, Centro, Catumbi, Rio Comprido, Cidade Nova, Estácio, São Cristóvão, Mangueira, Benfica, Paquetá, Santa Teresa
<b>A.P. 2.1</b>	Flamengo, Glória, Laranjeiras, Catete, Cosme Velho, Botafogo, Humaitá, Urca, Leme, Copacabana, Ipanema, Leblon, Lagoa, Jardim Botânico, Gávea, Vidigal, São Conrado, Rocinha
<b>A.P. 2.2</b>	Praça da Bandeira, Tijuca, Alto da Boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí, Grajaú
<b>A.P. 3.1</b>	Jardim Guanabara, Tauá, Jardim Carioca, Portuguesa, Galeão, Freguesia -Ilha, Bancários, Pitangueira, Cacuia, Moneró, Paia da Bandeira, Cocotá, Ribeira, Zumbi, Cidade Universitária, Penha, Brás de Pina, Olaria, Penha Circular, Cordovil, Vigário Geral, Jardim América, Parada de Lucas, Maré, Complexo do Alemão, Ramos, Maguinhos, Bonsucesso.
<b>A.P. 3.2</b>	Higienópolis, Jacaré, Maria da Graça, Del Castilho, Inhaúma, Engenho da Rainha, Tomás Coelho, São Francisco Xavier, Rocha, Riachuelo, Sampaio, Engenho Novo, Lins de Vasconcelos, Méier, Todos os Santos, Cachambi, Engenho de Dentro, Água Santa, Encantado, Piedade, Abolição, Pílares, Jacarezinho,
<b>A.P. 3.3</b>	Vila Kosmos, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vista Alegre, Irajá, Colégio, Campinho, Quintino Bocaiúva, Cavalcante, Engenheiro Leal, Cascadura, Madureira, Vaz Lobo, Turiaçu, Rocha Miranda, Honório Gurgel, Oswaldo Cruz, Bento Ribeiro, Marechal Hermes, Guadalupe, Anchieta, Parque Anchieta, Ricardo de Albuquerque, Coelho Neto, Parque Columbia, Acari, Barros Filho, Costa Barros, Pavuna
<b>A.P. 4.0</b>	Jacarepaguá, Anil, Gardênia Azul, Cidade de Deus, Curicica, Freguesia-Jpa, Pechincha, Taquara, Tanque, Praça Seca, Vila Valqueire, Joá, Itanhangá, Barra da Tijuca, Camorim, Vargem Pequena, Vargem Grande, Recreio dos Bandeirantes, Grumari
<b>A.P. 5.0</b>	Deodoro, Vila Militar, Campos dos Afonsos, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Realengo, Padre Miguel, Bangu, Senador Camará
<b>A.P. 5.1</b>	Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará, Vila Militar e Vila Kennedy
<b>A.P. 5.2</b>	Santíssimo, Campo Grande, Senador Vasconcelos, Inhoaíba, Cosmos, Paciência, Santa Cruz
<b>A.P. 5.3</b>	<b>Sepetiba, Guaratiba, Barra de Guaratiba, Pedra de Guaratiba</b>

Fonte: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2022.

**Quadro 2:** Distribuição dos agentes comunitários de saúde por todo o território do município do Rio de Janeiro – 2022.

Área programática	ESF	Agente comunitário de saúde
AP-1.0	92	527
AP-2.1	65	329
AP-2.2	53	319
AP-3.1	218	1327



AP-3.2	110	644
AP-3.3	180	1084
AP-4.0	123	724
AP-5.1	150	896
AP-5.2	160	949
AP-5.3	110	658
<b>MRJ</b>	<b>1.261</b>	<b>7.457</b>

**Fonte:** Prefeitura do Rio de Janeiro, 2022.

Neste estudo, foram eleitos como critérios de inclusão para a participação dos ACS: pessoas com pelo menos três anos de experiência, vinculadas à CAP que propunha a discussão; diversidade de gênero, de idade e de formação escolar. Todas as condições foram plenamente preenchidas. Algumas pessoas dos grupos estavam em atividade por mais de 18 anos. A faixa de idade variou de 35 a 60 anos. Os critérios de exclusão foram: recusa em participar; ter menos de três anos como ACS; e integrar outra unidade programática que não a que estivesse discutindo a situação da pessoa idosa.

As conversas versaram sobre seis questões relativas ao envelhecimento e à dependência: (1) Há idosos abandonados, desnutridos ou dependentes nos locais onde você atua como ACS? (2) O que o ACS (junto com o serviço social, sozinho ou com outro apoio qualquer) faz em relação às situações de idosos em fragilidade física, mental e social? (3) Os idosos com algum tipo de dependência, em sua área de trabalho, recebem cuidados de algum familiar? De quem? (4) Qual é a situação dos que vivem sozinhos? (5) Existe alguma rede de solidariedade e de apoio aos mais vulneráveis ou acamados (por exemplo, de vizinhos, das igrejas, de ONG)? (6) Há alguma iniciativa em relação aos idosos saudáveis para que prolonguem sua vida com autonomia (exercícios físicos, passeios, cuidados para adequar as casas e as ruas a suas necessidades de locomoção)?

A cada um dos dez grupos, primeiro foi explicada a proposta reflexiva e de troca de experiências. O ambiente de acolhimento e de familiaridade contribuiu para uma discussão promissora em todas as CAP. As rodas de conversa duraram aproximadamente uma hora.

Levando-se em conta o sentido teórico, prático e estratégico da pesquisa, foi feita, a partir das entrevistas, a ordenação dos dados e a classificação dos tópicos considerando-se as relevâncias (Schültz, 2018) enfatizadas pelos próprios entrevistados: (1) características dos idosos atendidos; (2) influência sociogeográfica na vivência do envelhecimento; (3) cuidados oferecidos pelos ACS e os limites de suas ações; (4) fragilidades da rede de atenção em relação a esse grupo populacional; (5) violência contra



a pessoa idosa nos territórios em estudo. Por fim, foram elaboradas sugestões para ação, a partir das contribuições dos ACS.

A pesquisa que deu origem a este artigo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública, sob o nº 4.952.731, e sua aplicação não gerou constrangimento aos participantes. Todos assinaram o Termo de Livre Consentimento Esclarecido-TCLE e participaram voluntariamente, conforme orienta a pesquisa em saúde.

### 3 Resultados

Houve uma grande diversidade de visões em relação à cobertura da atenção ao idoso. Isso em parte se explica por haver na mesma CAP e no mesmo grupo profissionais que atuam em clínicas diferentes e em áreas com perfil geográfico e social variado: “asfalto”, “favela” e “morro”. Sobre essas realidades tão próximas e tão separadas que marcam a geografia do Rio de Janeiro, os entrevistados assinalaram áreas de convívio pacífico, áreas conflagradas pela presença do tráfico de drogas ou de milícias; territórios com mais serviços disponíveis e outros até sem saneamento básico. Embora bastante sutis, observaram-se visões diferenciadas de gênero a respeito do cuidado dispensado aos idosos. As mulheres relataram em maior profusão atividades que vão além do cuidado técnico, demonstrando envolvimento pessoal e emocional com a demanda das pessoas.

#### 3.1 Perfil dos idosos atendidos

Em linhas gerais, todas as CAP abrangem a população idosa e os agentes foram unânimes em considerar que a maior parte dela é independente, ativa e composta de pessoas acima de 60 anos ou muito mais velhas. Relataram, em contrapartida, que encontram muitas com limitações, o que as retêm em casa. Há algumas acamadas ou totalmente dependentes. Esse último grupo, por ser o que requer mais atenção, geralmente precisa de cuidadores e muitas vezes não os têm. Todos os ACS, homens e mulheres, concordaram que esse público requer manejo especial: “Os dependentes precisam de mais atenção, mais tempo e disposição para ouvi-los e encaminhar suas demandas”. Alguns pontos foram tratados com relevância em mais de uma roda, entre eles: o grau de escolaridade, pois muitos idosos são analfabetos, o que dificulta a intervenção e a compreensão das prescrições médicas; e as limitações físicas e mentais dos que têm problemas de memória e dificuldade para andar ou estão acamados. Os agentes que mais



mencionaram dificuldades de lidar com os idosos dependentes foram os das clínicas do Centro da cidade, da Tijuca, de Copacabana e de Olaria, onde se encontra uma população muito grande de longevos, alguns com mais de 100 anos.

Onde trabalho, vejo idosos independentes e dependentes. Esses dependentes são dependentes mesmo: alguns não têm ninguém; outros têm familiares que não ligam para eles. Eu tenho na minha área uma idosa de 85 anos. Ela tem dois netos e esses não param em casa. Ela vive o dia a dia sozinha. Então, quando a gente chega para a visita, fica mais de uma hora porque ela quer conversar, ela quer desabafar, ela quer saber o que sente. A gente encontra muitos idosos com depressão. Quando a gente fica para conversar, vão aparecendo queixas e mais queixas (CAP 2.2).

### 3.2 Sociogeografia do trabalho dos ACS no atendimento aos idosos

Os depoimentos destacam a grande abrangência do território destinado a cada um dos ACS, na opinião deles, maior do que são capazes de dar conta. Todos ressaltaram as condições geográficas adversas para os idosos que vivem nos morros. Aos problemas de locomoção, acrescentaram que, em vários locais, eles convivem com grupos armados, o que os leva a se confinar em casa, deixando inclusive de ir ao médico. Embora as rodas tenham incluído ACS que trabalham com idosos em diversas condições, vários observaram que o abandono ocorre em todas as classes sociais, como mostram os depoimentos a seguir.

Na minha área, a questão é a acessibilidade, por ser uma área de conflito. Quase na entrada da clínica tem a presença de pessoas armadas. Elas até respeitam as pessoas que trabalham lá que passam, mas as de mais idade têm medo de sair de casa (CAP 3.2).

Infelizmente, no lugar alto ou baixo, você vê o abandono (CAP 2.2).

### 3.3 Cuidados oferecidos pelos ACS e limites de suas ações

Todos os agentes comentaram sobre o período terrível da COVID-19 e suas consequências para os idosos, como a perda de cônjuges e financeiras e as muitas dores emocionais. Lamentaram também as restrições de visitas dos ACS. Os agentes observaram que eles se tornaram mais solitários, tristes e carentes emocional e economicamente. Nas clínicas, observou-se o empobrecimento da população. Essa mudança foi mais relatada pelos que atuam no Centro, na Tijuca e na Zona Sul. Houve uma avaliação generalizada de que, nem antes nem agora, os ACS e os equipamentos de atenção primária deram e dão conta de atender às necessidades dos idosos dependentes física, mental e socialmente.

Somos o elo entre a comunidade e a unidade de saúde, temos que sinalizar, comunicar e solicitar a visita [do médico]. Mas a gente emperra em muitas



coisas. Um exemplo do que aconteceu comigo há pouco tempo. Eu estava havia três meses pedindo a visita do médico para uma idosa acamada. Ele nunca tinha tempo, nunca estava ou a unidade estava sempre cheia. Porém, o paciente não espera. Sabe o que falei para ele? “Se o senhor não for ver essa senhora nesta semana, o senhor não vai lhe dar consulta, vai dar o atestado de óbito!” Rapidinho ele foi. Não conseguimos dar uma real assistência a esses idosos. Tem muito idoso morrendo, entrou a pandemia e está morrendo mais ainda, a maioria é hipertenso, diabético e suas doenças não estão sendo controladas (CAP 2.2).

Merece destaque a análise dos ACS sobre a falta de prioridade no atendimento à pessoa idosa. Muitos deles comentaram que, por não existir um protocolo específico para atenção a essa população, como um indicador ou uma meta estabelecida, o cuidado prioritário previsto na PNSPI (2006) na prática não existe. Várias vivências do agentes em relação às lacunas nos cuidados foram referidas: (1) excesso de demanda e falta de tempo para assistir a pessoa idosa em casa; (2) o atendimento, quando é ofertado, costuma ser pontual e não contemplar as necessidades que são permanentes; (3) não existe uma linha de cuidado específica para o idoso na atenção primária, o que o torna invisível ou um usuário a mais; (4) nas clínicas, a maioria dos usuários é idosa, com carência afetiva, solidão e sentimento de isolamento social. Mas essas questões não são consideradas problemas de saúde pelos profissionais. Alguns dizem: “O que eles querem é conversar”; e (5) há superficialidade e ausência no acompanhamento dos idosos por parte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os grifos, a seguir, foram colocados pelas autoras.

A gente sabe que as coisas só vão funcionar se houver um indicador ali para cobrar. A gente entende que muitas vezes a dificuldade de alguns profissionais de irem até as casas para as visitas ou para prestar uma assistência esbarra nisso, não ter cobrança. A gente se esquece do público vulnerável que está em casa. Ou seja, não tem prioridade para o idoso. Eu acho que o que a gente faz é muito pouco, embora se esforce. Numa unidade com mais de 15 mil assistidos, o que o atendimento de uma manhã pode fazer? (CAP 3.3).

Na fragilidade do idoso, a dor dói mais. Eu acho que o nosso papel como ACS acaba nos tornando terapeutas da vida, com o papel de escutá-los (CAP 2.2.).

Nos vários depoimentos, as falas mostram as clínicas de atenção primária como um local de confluência de problemas sociais, familiares e de demandas de saúde por parte das pessoas idosas. A maioria dos profissionais as encaminham para as Academias da Saúde quando ainda têm autonomia para se locomover. Mas a existência dos longevos dependentes continua a ser um problema para o qual os serviços não têm solução. O desenho das clínicas não tem como escopo ofertar um atendimento individual, permanente e cotidiano 24 horas/dia, embora em todas as CAP os idosos dependentes ou sem famílias que cuidem deles sejam uma preocupação permanente



### 3.4 Sobre a rede de atenção formal e informal

Para atender os idosos adequadamente, em particular os dependentes, a articulação institucional mais importante do setor saúde deveria ser com o serviço social. É assim nos países que têm políticas que os contemplem. Esse, no entanto, é o ponto que mais recebe queixa dos ACS, por sua fragilidade ou mesmo ausência: falta atendimento aos que precisam de benefícios de prestação continuada, de cesta básica, de acesso a instituições de longa permanência, entre outras providências. Os ACS consideram que o serviço social não prioriza os idosos abandonados, que sofrem violências físicas, negligências, abusos psicológicos e patrimoniais. Portanto, sua experiência mostra uma rede intersetorial fragmentada, a não ser excepcionalmente. Foram citados o Centro de Referência de Assistência social (CRAS) e o Centro de Referência Especial de Assistência Social (CREAS) no Grande Méier como modelos de trabalho ativo, consolidado e em rede com o setor saúde e outras instituições.

Na rede informal de proteção, a família, principalmente a mulher, aparece como principal cuidadora, como mostram também estudos nacionais e internacionais. No entanto, a família que protege é também a que abandona e negligência. Foram comuns os relatos de idosos cuidando de idosos, assim como de familiares que, além de não lhes prestarem assistência, demandam atenção por apresentarem problemas mentais, de alcoolismo e de adição a drogas. Os ACS mencionaram a existência de muitos longevos sozinhos e com carências sociais, emocionais e cognitivas: “No asfalto, nas favelas e nos morros”. Alguns citaram também casos de idosos que têm posses e foram interditados em seus bens por filhos, netos ou outros parentes.

O filho tem problema de saúde mental e ela está acamada. Ontem nós levamos o CRAS, foram uma assistente social e uma psiquiatra na residência. O filho não sabe andar na rua sozinho por ser deficiente mental e ela está acamada. Estão tentando ver que decisão tomar sobre a família. Ela criou uma escara. A gente estava indo na casa duas vezes na semana: uma vez com a técnica e outra com a enfermeira para o curativo. Só que, quando chegávamos lá, ela estava num estado crítico de sujeira, de fralda suja, então nós que a levávamos para o banheiro, dávamos banho porque não tinha como chegar e só fazer um curativo. A gente a deixava limpinha, quando voltávamos, ela estava suja de novo. Assim tivemos que acionar o CRAS para ver que providência tomar. A gente fez o mutirão para ajudar com roupa de cama, toalha, essas coisas, mas não basta (CAP 5.2).

Também no asfalto, pessoas que moram em grandes casarões estão sozinhas e abandonadas, porque a família interdita para ficar com os bens. Elas ficam largadas em condições totalmente insalubres. Acabam ficando com problemas mentais, pressão alta, abandonadas, esquecidas, não tomam banho, não se alimentam, criam bicho e a gente tem dificuldade de acessar. Na favela ainda é mais fácil entrar (CAP 2.2).



Além da parceria frágil e esporádica com os equipamentos da assistência social, os ACS criticaram o NASF e os CAPS, mencionando que esses equipamentos não atingem as necessidades dos idosos. Em três rodas de conversa foi mencionado o caso dos acumuladores de lixo que requerem apoio da rede de saúde mental.

Para minimizar as lacunas, ACS mencionaram que se valem de redes pessoais e de recursos próprios para garantir a dignidade da pessoa idosa em situação de necessidade. Buscam apoio de associações de moradores, de igrejas locais, de supermercados para suprimento de cestas básicas, entre outras estratégias. Eis um exemplo:

Lá na minha unidade tem uma agente de saúde que se articula com hortifruti, com um mercado grande que tem lá, e tem uma ONG a que ela é ligada. Ela arruma cesta básica, sacolão, e fala para os ACS: me deem os nomes dos seus pacientes mais vulneráveis que estão precisando. Ela arruma a cesta básica e a gente entrega para o paciente. Isso tudo é uma ACS só, ela tem essas parcerias (CAP 2.1).

Na visão dos ACS, apesar das dificuldades existentes nas áreas de favela, o idoso conta com mais apoio dos vizinhos, que em todas as rodas surgiram como o principal elo da frágil rede de proteção. Alguns que trabalham em áreas consideradas nobres da cidade comentaram que ficam limitados, principalmente nos prédios onde precisam contar com a boa vontade dos porteiros. Muitos deles alegam que a família dá ordem para ninguém entrar nas residências dos idosos.

Alguns ACS sugeriram uma política ou um programa intersetorial para atendimento aos idosos dependentes que incluísse o reconhecimento dos cuidadores.

A pessoa da família que cuida dos idosos dependentes poderia ser reconhecida como trabalhadora e ter seus direitos trabalhistas garantidos. E que o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) não fosse restrito a casos elegíveis, mas levasse em conta as condições sociais e a falta de uma rede que proteja os idosos (CAP 3.3).

Mereceu destaque positivo a participação dos idosos na Academia Carioca. Em quase todas as rodas essa prática foi avaliada como importante estratégia de cuidado, assim como foram mencionados outros tipos de grupos denominados de terceira idade desenvolvidos em algumas clínicas. Há casos exemplares de Unidades Básicas, como a de Copacabana, que faz parte da CAP 2.1, descrita num estudo de caso feito por Figueiredo *et al.* (2022), que oferece os seguintes serviços: Academia Carioca, que promove atividade física e lazer; coral formado por idosos; grupo de artesanato; ações para proteção e recuperação da saúde; ações de prevenção de doenças; ações para controle de queda. As várias atividades são coordenadas de forma multiprofissional por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários.



O trabalho presencial nessa unidade é complementado por visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde no território visando os idosos acamados. A gestora dessa unidade, no entanto, ajuda a entender as limitações aqui resumidas em dois pontos: de um lado, o acelerado envelhecimento da população torna cada vez mais difícil incluir a todos, em particular o grande número de idosos abandonados. De outro lado, a Unidade Básica não consegue atender devidamente aos idosos dependentes. Faltam profissionais e falta uma política que os contemple. A solução dessas duas questões não pode ser ônus apenas de uma clínica de saúde, cujo foco para os longevos é o envelhecimento ativo, a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

### 3.5 Pessoas idosas vítimas de violência nos territórios da atenção primária

Sim, existem. Todo os tipos de violência surgiram nos relatos dos ACS, destacando-se negligências em relação à alimentação, à privação de medicamentos e cuidados corporais, além de maus-tratos físicos, psicológicos e patrimoniais. Eis alguns casos descritos nas rodas. Os dois primeiros juntam maus-tratos físicos, negligência, abandono e privação de cuidados e violência patrimonial, mas também violência institucional por parte dos órgãos que deveriam protegê-los. Como se pode observar, há uma confluência de abusos e maus-tratos sobre as mesmas vítimas.

J.R.S, 82 anos, homem, pardo, idoso, acamado, não deambula, dormindo em um colchão no chão, faz uso de fralda, desnutrido. No início, a família tinha resistência para nos deixar entrar na casa. Houve diversas tentativas da equipe, indo com técnico, enfermeira, médico e ACS para atendê-lo, sem sucesso. Houve necessidade de levar a denúncia ao CREAS. Precisou de intervenção do Ministério Público. Depois disso, o filho permitiu que fosse realizada a coleta de sangue e a vacinação. Na ocasião, o caso chegou até a ACS por meio da cuidadora, que tirou fotos dos maus-tratos por parte da nora, que deixava o idoso sem alimentação, urinado e sem banho. Seu filho recebia o dinheiro da aposentadoria dele. Hoje o paciente encontra-se internado num asilo, a família tomou essa decisão (CAP 3.2).

O meu território é de classe média. Tem idosos que precisam de acompanhamento diário e outros vêm à unidade. Mas muitas famílias deixam os idosos em total abandono. Na nossa equipe atendemos a uma paciente que vive acamada. Ela vivia com o irmão que faleceu agora na pandemia e ela está sozinha e sem ajuda. Eu não sei como ela come, toma banho, não sei. Eu até choro quando eu falo dela, é triste (CAP 2.1).

É interessante considerar que a questão da notificação das várias formas de violência não aparece nas falas dos ACS, o que se deve em grande parte às represálias que podem sofrer ao que consideram “denúncia”, e lhes causa medo: “São nossos vizinhos, denunciar os nossos vizinhos é muito complicado”. Além disso, reconhecem



que, quando notificam, quase nunca as providências tomadas funcionam a favor das pessoas idosas.

#### 4 Discussão

A contribuição de 100 ACS do município do Rio de Janeiro representa, em parte, a voz dos 7.547 que atuam no mesmo espaço sociogeográfico e integram o contingente de 250.864 agentes que trabalham em todo o território nacional. A maioria é composta por mulheres, corroborando o estudo de revisão da literatura internacional realizada por Mélló *et al.* (2023). Embora se visasse nas rodas de conversa refletir criticamente sobre questões relacionadas às pessoas idosas autônomas ou dependentes da cidade do Rio de Janeiro, os agentes foram muito além em seus depoimentos.

Os resultados mostram, acima de tudo, o trabalho incansável e dedicado dos ACS, esse grupo de mulheres e homens que constituem o braço longo e sensível do SUS nas comunidades. Sua contribuição é indiscutível, a de *mediação*, reconhecida empiricamente e em pesquisas, como a de Brasil *et al.* (2021) realizada com os profissionais de saúde, sobre a importância dos ACS para o SUS. Esses profissionais têm o papel de incluir e atender os mais frágeis e necessitados dos territórios, ajudando-os a vocalizar seus problemas, responsabilizando-se por entregar-lhes medicamentos, inclusive ajudando-os com eventuais cuidados pessoais. Os depoimentos dados por eles mostram o quanto estão próximos às pessoas de quem cuidam.

Percebe-se com clareza o quanto os agentes são implicados com o trabalho e com as famílias dos territórios onde atuam. Não há dúvidas também da importância de seu acolhimento aos idosos dependentes que ficam invisíveis nas clínicas, por estarem restritos ao lar, não terem com quem compartilhar suas dores ou estarem totalmente acamados. Os ACS vocalizam suas demandas e, na medida de suas possibilidades, dão-lhes retorno, levando medicamentos de uso contínuo, cuidando de suas feridas e protegendo-os. Infelizmente, constatam que podem muito, mas não podem tudo (Araújo *et al.* 2010; Ceccon *et al.* 2021).

Na promoção do envelhecimento ativo, segundo depoimentos dos ACS, há clínicas que desenvolvem várias atividades e elogiaram muito as Academias da Saúde, um bem público e social. Para Cupertino *et al.* (2007), Fernández-Ballesteros *et al.* (2013), Figueiredo *et al.* (2022) e muitos outros estudiosos da longevidade, os idosos precisam menos de remédios e mais de hábitos saudáveis: de estar integrados à vida comunitária e



manter boas relações sociais, de alimentação equilibrada, exercitar o corpo e a mente e dormir bem.

Estudo de Silva *et al*, (2021) considera que os problemas por que passam os ACS estão associados também a falhas na gestão da atenção primária, a fatores estruturais que criam barreiras de acesso, à escassez de insumos para dar conta das necessidades do território, à falta de segurança, que lhes produz medo, à desarticulação da rede de proteção, prevenção e promoção da saúde. Todos esses assuntos foram tratados nos depoimentos dos ACS que constam deste artigo. Independentemente das questões estruturais e organizacionais, os que participaram da pesquisa reconhecem que os idosos dependentes precisam de apoio permanente, constante e cotidiano que eles não têm condições de prover, por não ser esse o escopo de suas atividades.

Entretanto a pesquisa permitiu compreender várias questões que envolvem a situação dos idosos mais frágeis e as lacunas não solucionáveis pelos ACS. O primeiro ponto citado foi o fato de alguns morarem em áreas de difícil acesso ou estarem em precárias condições sociais. Mesmo os que poderiam de alguma forma participar de atividades fora de casa têm medo de sair ou não têm alguém para acompanhá-los.

O segundo ponto que ficou evidente é que há muitos idosos dependentes morando sozinhos ou sem os cuidados de familiares ou de profissionais. Uma ACS os descreveu “em estado deplorável”, alguns, inclusive com problemas mentais, alguns acumuladores de lixo ou alcoólicos.

O terceiro aspecto mais citado foi sobre as várias formas de violência cometidas por familiares. Muitos sofrem abusos físicos e psicológicos com sinal de crueldade. E de forma muito especial, foram citadas negligências (como o caso do idoso acamado, sozinho, sem alimentação e água, sem alguém para dar-lhe condição de fazer suas necessidades fisiológicas, de forma que permanece deitado e definhando num leito sujo, molhado e sofrendo com dores) e violência patrimonial, cometida por filhas, filhos, irmãs, irmãos, netos e sobrinhos que se apossam dos bens e do cartão de banco do idoso que depende de alguém para cuidá-lo, o abandonam à própria sorte enquanto usufruem de seus recursos. Como se sabe em relação aos estudos sobre violência há uma confluência das diversas expressões sobre as mesmas vítimas. Os ACS chamaram atenção para o fato de que isso ocorre “no asfalto, nas favelas e nos morros”. Estudo recente (Minayo, 2023) sobre os dados do Disque 100-Idoso reforça o que foi constatado pelos ACS do Rio de Janeiro, em especial quanto à confluência de várias formas de violência sobre as mesmas pessoas, principalmente, as negligências e os crimes patrimoniais.



Uma das questões da pesquisa tratou especificamente da intersectorialidade e da ação conjunta com outros equipamentos para atender aos idosos. No entender dos ACS, todas as parcerias hoje existentes nos territórios são muito frágeis em relação aos idosos dependentes, quando a experiência internacional aponta para necessidade de complementaridade entre o setor saúde e a assistência social, ao lado do envolvimento das famílias, dos movimentos sociais, dos empresários e do Estado (European Union, 2018; Insero, 2019).

Tratando dos serviços instituídos pelo SUS, apesar de os agentes mencionarem que existem muitos idosos com problema cognitivo, não foi mencionada a presença e nem a atuação relevante de nenhum Centro de Apoio Psicológico e Social, o que também denota a falta de prioridade para essa população. Igualmente, os NASF são criticados por sua atuação pontual e sem efetividade no caso dos idosos dependentes.

Nos relatos dos ACS constatamos a sobreposição das vulnerabilidades gerando mais sofrimento para as pessoas idosas dependentes no município do Rio de Janeiro. Observamos a *vulnerabilidade Individual* nas falas referentes aos idosos desnutridos, vítimas de abandono e violência familiar e patrimonial, carência afetiva e solidão. Sobre a *vulnerabilidade social* foram relatados ausência de recursos econômicos, dificuldades de locomoção em territórios (morros), e ainda em espaços geográficos dominados por grupos armados e falta de acesso à educação e à informação. Quanto à *vulnerabilidade pragmática* ouvimos relatos sobre a ausência de prioridade no atendimento médico, falta de prioridade dos equipamentos de saúde, falta da presença efetiva de assistente social, consulta médica pontual sem acompanhamento no NASF e CAPS, Ayres *et al.* (2006); Salmazo-silva, H. *et al* (2012); Barbosa *et al* (2024). Quadro 3.

**Quadro 3:** Tipos de Vulnerabilidades sofridas pelos idosos

<b>Categorias Rodas de Conversa</b>	<b>Relatos ACS</b>	<b>Vulnerabilidade observadas</b>
<b>Perfil dos idosos atendidos</b>	Idosos Analfabetos, Limitações físicas e mentais	Vulnerabilidade social, Vulnerabilidade individual
<b>Sociogeografia do trabalho dos ACS no atendimento aos idosos</b>	Condições geográficas adversas para idosos que vivem em Morros, dificuldades de locomoção e de acesso em territórios dominados por grupos armados, abandono	Vulnerabilidade social, Vulnerabilidade individual
<b>Cuidados oferecidos pelos ACS e limites de suas ações</b>	Falta de prioridade no atendimento médico, consulta com prazo muito longo, pontual. Não há acompanhamento permanente.	Vulnerabilidade pragmática; Vulnerabilidade social,



	Não existe linha de cuidados específica para idosos dependentes; falta acompanhamento no NASF e CAPS, para uma população com carência afetiva e solidão; empobrecimento e dificuldades financeiras	
<b>Sobre a rede de atenção formal e informal</b>	Falta do profissional do serviço social para a população muito pobre e precisa de acesso ao Benefício Prestação Continuada (BPC), de acesso à cesta básica ou de internação em instituições de longa permanência (ILPI). Idosos que sofrem abusos e violências físicas e patrimoniais Rede intersetorial fragmentada, Mobilização dos ACS para incluir idosos em rede de apoio comunitário (igrejas, Associação moradores e ONG)	Vulnerabilidade pragmática;  Vulnerabilidade social,
<b>Pessoas idosas vítimas de violência nos territórios da atenção primária</b>	Negligência e privação na alimentação e medicamentos, Maus tratos físicos e psicológicos, violência patrimonial e institucional	Vulnerabilidade social, Vulnerabilidade individual Vulnerabilidade pragmática

**Fonte:** Autores.

Dessa forma, a conclusão é que os idosos dependentes, vítimas de negligências, abandono e outras violências tendem a continuar sofrendo por falta de serviços e de apoio efetivo. Vizinhos, certos porteiros em áreas de classe média, associações de moradores e igrejas são as pessoas e instituições que mais colaboram para atenuar as graves situações. Porteiros em área de classe média também são mencionados por ajudarem ou por dificultarem a entrada dos ACS nos domicílios, por ordem de famílias que preferem ver os idosos sofrerem solitariamente.

## 5 Sugestões dos ACS e das experiências internacionais

As sugestões aqui apresentadas partiram, primeiramente, dos ACS em sua experiência de lidar com a realidade dos idosos e de tentar superar as dificuldades para acolhê-los e cuidá-los (**Quadro 4**).

### **Quadro 4:** Sugestões relevantes dos agentes comunitários de saúde (ACS).

1. Ter um indicador específico para avaliar a atenção ao idoso, para acompanhamento pelos ACS;
2. Ampliar e modificar os critérios atuais do PADI;
3. Ampliar e melhorar a atenção à saúde mental dos idosos;
4. Priorizar os idosos no agendamento das consultas em tempo e local de atendimento. Há consultas que demoram seis meses para serem marcadas, e quando o idoso consegue, o local é muito distante;



5. Intensificar os cuidados com os idosos e um trabalho de conscientização sobre o envelhecimento saudável;
6. Disponibilizar mais preparadores físicos para ensinar exercícios que facilitem a autonomia e a melhoria da autoestima;
7. Incluir um geriatra na equipe de saúde das clínicas;
8. Facilitar o acesso a fisioterapeutas;
9. Fortalecer a compreensão das condições dos idosos dentro da Estratégia Saúde da Família;
10. Promover formação especializada para os cuidadores, ensinando-lhes as melhores formas de atuar com os idosos;
11. Criar ou ampliar grupos de convivência de idosos nas clínicas;
12. Criar o Consultório Avançado, como já praticado na área 2.2, em que parte da equipe vai até um local específico do território e atende ali, facilitando a acessibilidade dos pacientes idosos aos serviços da clínica.

**Fonte:** Autores.

Termina-se este artigo reafirmando-se que as propostas do ACS se coadunam com as melhores experiências internacionais vigentes há vários anos sobretudo nos países europeus, onde o envelhecimento da população atravessou boa parte do século XX e se consolida no presente (Paquy, 2004; España, 2004; Castedo, 2006; Macadam, 2008; Glendinning *et al.* 2009; Mcnamara *et al.* 2010; Ocede, 2011; Sanja, 2013; European Comission, 2003; 2018; Inserso, 2019; Camarano *et al.* 2023).

Com diferentes formatos, adequados a suas realidades, as sociedades culturalmente mais avançadas adotaram políticas específicas de cuidados com os idosos que perderam autonomia, sempre levando em conta a díade idoso dependente/cuidador. O bloco da União Europeia se destaca nessa questão, tratando-a não como um problema, mas como um fenômeno social desafiador. As medidas para apoiar idosos e cuidadores familiares são várias, como benefícios em dinheiro, isenções tributárias e formas de proteção legal para os trabalhadores e trabalhadoras que precisam de flexibilização de horários ou de formas alternativas de trabalho porque são cuidadores; integração dos serviços sociais e de saúde em hospitais, equipes de atenção primária, prestadores de cuidados de longa duração e associações profissionais. Também há um investimento crescente em políticas de uso inovador de tecnologias, com o objetivo de melhorar a competência e a capacidade de cuidar. Em todos os casos, há uma corresponsabilidade entre Estado, sociedade e família.

Prevê-se que em 2030 o Brasil terá a 5º maior população de idosos do mundo. É hora de um despertar do país para que todos os seus cidadãos envelheçam de forma saudável. Essa meta se associa fortemente ao estilo de vida. Mas é imperativo também ter um olhar específico para a população longeva dependente, que precisa de uma política específica para passar seus últimos dias humanamente acolhida e cuidada!



## Referências

ALESSI, V. M. **Rodas de conversa**: uma análise das vozes infantis na perspectiva do círculo de Bakhtin. Curitiba: UFPR, 2016.

AYRES, J.R.C.M.; CALAZANS, G.; SALETTI FILHO, H.C.; FRANÇA-JUNIOR, I.; RISCO. Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M. CARVALHO, Y.M. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 5-14.

ARAÚJO, M. A. S.; BARBOSA, M. A. Relação entre o profissional de saúde da família e o idoso. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, 14, n. 4, p. 819-824, dez. 2010.

ASSIS, A. S.; CASTRO-SILVA, C. R. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. e280308. 2018.

BARTHES, R. **Introdução à análise estrutural da narrativa**. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

BARBOSA, K.T.F; OLIVEIRA, F.M.R.L.O; FERNANDES M.G.M. Vulnerabilidade da pessoa idosos no acesso aos serviços prestados na atenção primária. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 1, p. 2-9, nov. 2017.

BEDIN, E.; PINO, J. C. Interações e intercessões em rodas de conversa: espaços de formação inicial docente. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 99, n. 251, p. 222-238, maio 2018.

BEZERRA, A. F. B.; ESPÍRITO SANTO, A. C. G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 50, p. 809-815, out. 2005.

BRASIL. Lei 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 8 jan. 2018.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 6 out. 2006.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 10 mar. 2003.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 19 out. 2006.

BRASIL, C. C. P.; SILVA, R. M.; BEZERRA, I. C.; VIEIRA, L. J. E. S.; FIGUEIREDO, M. L. F.; CASTRO, F. R. V. F.; QUEIROZ, F. F. S. N.; CAPELO, M. R. T. F. Percepções de profissionais sobre o agente comunitário de saúde no cuidado ao idoso dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n. 1, p. 109-118, jan. 2021.



CAMARANO, A. A.; PINHEIRO, L. **Cuidar, verbo transitivo: caminhos para provisão de cuidados no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, 2023.

CASTEDO, R. A. **Políticas sociales y prestación de servicios a las personas dependientes y a sus familias**. Granada: Universidad de Granada, 2006.

CECCON, R. F.; SOARES, K. G.; VIEIRA, L. J. E. S.; GARCIA JÚNIOR, C. A. S.; MATOS, C. C. S. A.; PASCOAL, M. D. H. A. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 89-98, jan. 2021.

CERTEAU, M. O tempo das histórias. In: CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano**. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 28-35.

CUPERTINO, A. P. F. B.; ROSA, F. H. M.; RIBEIRO, P. C. C. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 81-86, jan. 2007.

ESPAÑA. Ministerio de Salud (MS). **Atención a las personas em situación de dependencia: Libro Blanco**. Madrid: MS, 2004.

EUROPEAN UNION (EU). **Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2016-2070)**. Brussels: EU, 2018.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R; ROBINE, J. M; WALKER, A.; KALACHE, A. Active aging: a global goal. **Current Gerontology and Geriatrics Research**, Rio de Janeiro, v. 2013, n.1, p. 1-4, jan. 2013.

FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F.; FIGUEIREDO, J. H. C. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 77-88, jan. 2021.

FIGUEIREDO, A. E. B; MINAYO, M. C. S; MANGAS, R. M.; PEREIRA, T. F. S. Uma Unidade de Saúde consegue responder às necessidades mais frequentes dos idosos? p. 405-424. In: MINAYO, M. C. S; SILVA, R. M. S.; PRAÇA BRASIL, C. C (org.). **Cuidar da pessoa idosa dependente: desafios para as famílias, o estado e a sociedade**. Fortaleza: Editora UECE, 2022. p.392-411.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 84. ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2019.

GLENDINNING C, A. H.; TJADENS F. **Care provision within families and its socio-economic impact on care providers: report for the European Commission SPRU**. York: University of York, 2009.

HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica**. Porto Alegre: LPM, 1987.

IMSERSO. **Servicios Sociales dirigidos a las personas mayores en España**. 10. ed. Madrid: IMSERSO; 2019.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde – ciclos de vida**. Brasília: IBGE, 2019.



LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO S. V.; MALTA, D. M.; SZWARCOWALD C. L.; MAMBRINI J. V. M. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl.1, p. 6s, 2017.

MACADAM, M. **Frameworks of integrated care for the elderly**: a systematic review. Ontario. 1ª Edição. Canadá: Canadian Policy Research Networks, 2008.

MCNAMARA, B., ROSENWAX, L. Which carers of family members at the end of life need more support from health services and why? **Social Science and Medicine**, Amsterdam, v. 70, n. 7, p. 1035-1041, apr. 2010.

MEDEIROS, A. R. S.; ARRUDA, S. C.; PIGNATTI, M. G.; LEÃO, L. H. C.; MINAYO, M. C. S. Uso de redes sociais virtuais na vigilância da violência no trabalho sofrida por agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 45, n. 18, p. e7, 2020.

MÉLLO, L. M. B. D.; SANTOS, R. C.; ALBUQUERQUE, P. C. Agentes Comunitárias de Saúde: o que dizem os estudos internacionais? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 501-520, fev. 2023.

MINAYO M. C. S. O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 247-252, jan. 2019.

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. **Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia**: pesquisa qualitativa em ação. Aveiro: Ludomedia; 2020.

MINAYO, M. C. S. Políticas de apoio aos idosos em situação de dependência: Europa e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 137-146, jan. 2021.

MINAYO, M. C. S.; SILVA, R. M. S; PRAÇA-BRASIL, C. C. **Cuidar da pessoa idosa dependente: desafios para as famílias, o Estado e a sociedade**. Fortaleza: Editora UECE, 2022.

MINAYO, M. C. S. Violence against older adults per the “Dial 100-Older Adult” data. **Gerontology and Geriatric Research**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 1-5, jan. 2023.

MOURA, A. F.; LIMA, M. A. A reinvenção da roda: roda de conversa, um instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**, Paraíba, v. 23, n. 1, p. 98-106, jan./jun. 2014.

MREJEN, M.; NUNES, L.; GIACOMIN, C. **Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: o Brasil está preparado?** Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, São Paulo, 2023. Disponível em: <https://ieps.org.br/estudo-institucional-10/>. Acesso em: 04 jan. 2024.

ORGANIZATION OF ECONOMIC DEVELOPMENT (OCDE). Policies to support family caregivers. In: OCDE. **Help wanted? Providing and paying for long term care**. Paris: OCDE Publishing, 2011. p. 121-158.

PAQUY, L. **Les systèmes européens de protection sociale**: une mise en perspective. Paris: Mire, 2004.

PINHEIRO, L. R. Rodas de conversa e pesquisa: reflexões de uma abordagem etnográfica. **Proposições**, Campinas, v. 31, n. 1, p. e20190041, 2020.

RICOEUR, P. **A Memória, a história e o esquecimento**. Campinas: Editora Unicamp, 2023.



SAMPAIO, J.; SANTOS, G. C.; AGOSTINI, M.; SALVADOR, A. S. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 2, p. 1299-1311, 2014.

SANJA, I. The rights of older adults in the European Union. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 185-205, jan./mar. 2013.

SILVA, C. R. C.; MENDES, R.; MORAES, R. C. P.; ANHAS, D. M.; ROSA, K. R. M. Participação social e a potência do agente comunitário de saúde. **Psicologia e Sociedade**, Pernambuco, v. 26, n. esp. 2, p. 113-123, 2014.

SILVA, R. M.; BRASIL, C. C. P.; BEZERRA, I. C.; FIGUEIREDO, M. L. F.; SANTOS, M. C. L.; GONÇALVES, J. L.; JARDIM, M. H. A. G. Desafios e possibilidades dos profissionais de saúde no cuida do ao idoso dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 89-98, jan. 2021.

SALMAZO-SILVA, H.; LIMA-SILVA, T.B.; BARROS, T.C. de; OLIVEIRA, E.M. de; ORDONEZ, T.N.; CARVALHO, G.; ALMEIDA, E.B. de. Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 6, p. 97-116, 2012.

SCHUTZ, A. **A construção significativa do mundo social**. Petrópolis: Editora Vozes, 2018.

UNIÃO EUROPEA (UE). **Retos de la política social en las sociedades europeas que envejecen**. Bruselas: Comisión Europea, 2003.

VIGOTSKI, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps**: a manual of classification relating to the consequences of disease. Genebra: WHO, 1980.

**Recebido em:** 20 de fevereiro de 2024.

**Aceito em:** 17 de agosto de 2024.