



Curso de Capacitação em Saúde da Pessoa Idosa

Curso de Capacitação em Saúde da Pessoa Idosa

Módulo 10

O agente comunitário de saúde e as ações da Estratégia Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início em 1994 e posteriormente foi implementado como Estratégia Saúde da Família (ESF), pelo Ministério da Saúde. Essa estratégia, como o nome já diz, é voltada para o atendimento das famílias, por profissionais das diversas áreas da saúde que trabalham em conjunto e veio como um modelo revolucionário, que deu ao Sistema Único de Saúde (SUS) um grande impulso no cumprimento de seus princípios básicos visando reorganizar o acesso à Atenção Básica. Assim, com esta organização, tem buscado a melhoria do atendimento nos demais níveis de atenção.

Com a implantação do SUS na década de 1980, houve a organização de um novo modelo de assistência à saúde, fortalecido pelo então PSF (posteriormente expandido para ESF). Inicialmente o sistema de saúde do Brasil era baseado no modelo hospitalocêntrico e curativista, modelo este que foi de certa forma rompido pelo desenvolvimento da atenção primária, da multiprofissionalidade e do direcionamento de estratégias voltadas ao atendimento das vulnerabilidades e reorganização dos cuidados primários à saúde, que permite um acesso mais amplo aos serviços básicos de saúde (SILVA; CALDEIRA, 2010).

As ações da ESF seguem os princípios do SUS, ou seja, estão pautadas na universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. A universalidade parte da premissa que a equipe deve ser capaz de atender a todos e para tanto precisa expandir-se por todo o país, ampliando o alcance à toda a população. A equidade se propõe a tratar desigualmente os desiguais, ou seja, vai ao encontro dos que mais necessitam de atendimento para garantir-lhes facilidade de acesso que os equipare aos demais. A integralidade contempla ações variadas que possam garantir a saúde em sua totalidade nos seus mais amplos aspectos (BRASIL, 1990).

O SUS tem sua organização pautada na regionalização e hierarquização. A hierarquização das ações e serviços de saúde é realizada pelos níveis de complexidade, tendo a Atenção Básica ou de baixa complexidade como nível inicial, seguido pela atenção secundária ou de média complexidade e terciária ou de alta complexidade, como dispõe a Lei nº 8080/90:

“Art.7º [...] IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde” (BRASIL, 1990).

Com relação ao modelo organizacional da Rede de Atenção à Saúde, alguns atributos são considerados essenciais pelo Ministério da Saúde para o seu funcionamento, como:

[...]

10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;
13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e
14. Gestão baseada em resultado (BRASIL, 2010).

Com base nestas disposições sobre as redes de atenção, fica claro que a Atenção Básica no Brasil é a porta de entrada para o sistema de saúde e envolve as atividades de práticas gerenciais e sanitárias democráticas, organizadas por ações de trabalho em equipes voltadas a populações geográficas específicas, levando em consideração a variabilidade das necessidades de cada território.

REFLITA COMIGO!

Você já conhece as redes de atenção disponíveis no município onde você trabalha? Qual a real função de sua equipe para que essas redes funcionem e se organizem?



Papel do agente comunitário de saúde nas ações na ESF

Como já falamos, a Estratégia Saúde da Família (ESF) segue os preceitos do SUS e é a principal estratégia para reorganizar a Atenção Básica. Dentre as características, destacam-se:

Apresentar um caráter substitutivo à rede de Atenção Básica tradicional nos locais de atuação;

Realizar cadastramento domiciliar e diagnóstico situacional;

Ações voltadas aos problemas de saúde da comunidade por meio de pactuação comunitária;

Cuidar dos indivíduos e família, com postura pró-ativa diante dos problemas de saúde e doença de sua população;

Atuar de forma planejada e organizada a partir do diagnóstico situacional direcionado à família e à comunidade; promover a integração entre as instituições e organizações sociais, por meio de parcerias; participar do processo de formação da cidadania (BRASIL, 2012).

Trata-se um modelo de atenção primária pautado em estratégias e ações preventivas, que visam à promoção e recuperação da saúde, reabilitação e oferta de cuidados paliativos. Para desenvolver suas ações, a ESF foi composta por equipes multidisciplinares que trabalham de forma conjunta para atender às suas populações, voltadas para uma assistência integral à saúde, à pessoa e à família, e não somente para a doença (BARRETO et al., 2012).

IMPORTANTE!

Na ESF as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos organizam-se por meio do trabalho em equipe, adscrição da clientela, estabelecimento de vínculos e estabelecimento da família como seu foco de atenção.

As equipes basicamente reúnem profissionais como: médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos em Enfermagem e agentes comunitários de saúde; além de cirurgiões-dentistas e auxiliares ou técnicos de saúde bucal, que trabalham de forma interdisciplinar, por meio de abordagem integral e resolutiva (SILVA et al., 2012).



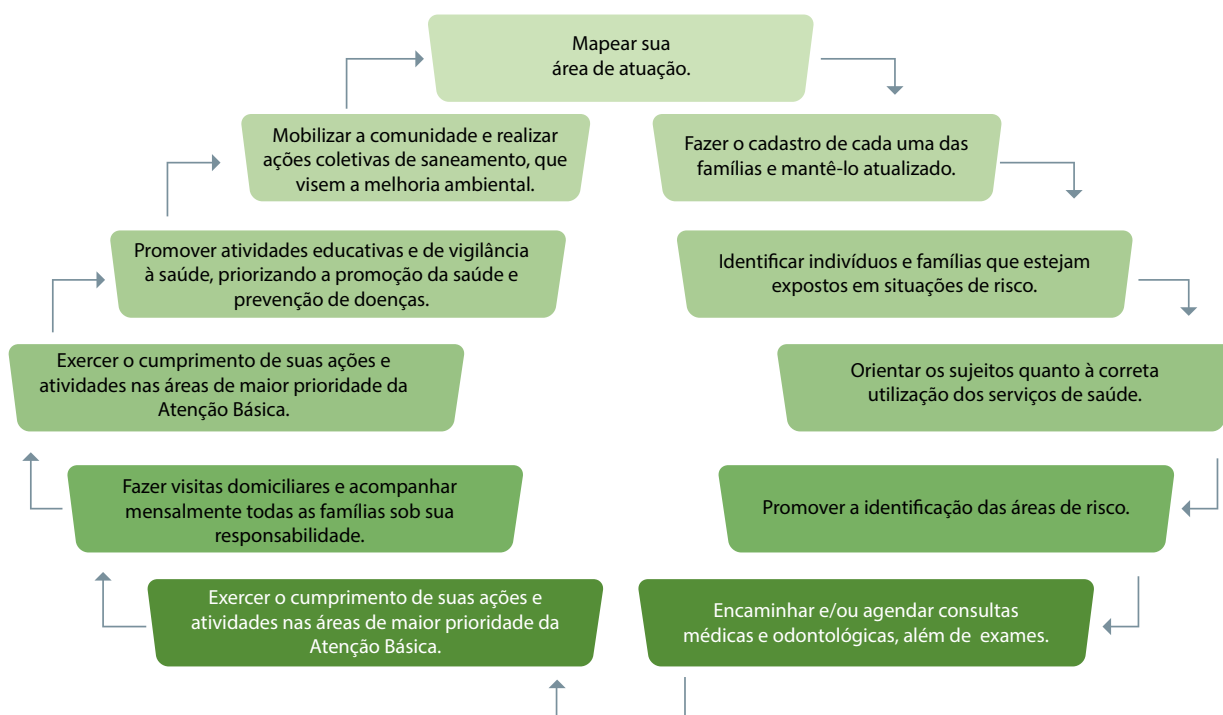
Esta multidisciplinaridade da equipe impõe ações e práticas que se fundamentam na extrapolação do âmbito individual e clínico e ampliação do objeto de trabalho, que permite a integração das diferentes percepções e saberes das diversas profissões. A articulação de olhares diferenciados tem como característica intrínseca a presença dos agentes comunitários de saúde (ACS), o que favorece a promoção de ações além do âmbito assistencial curativo – focado no resolutismo imediato de problemas de saúde individuais, que não deve ser desmerecido, embora não seja suficiente para proporcionar transformações nos níveis de saúde da população (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

A característica mais marcante desse trabalho é funcionar como um estreitamento de vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde, na medida em que realiza atividades de promoção, acompanhamento e educação em saúde, voltados à qualidade de vida da população, para garantir uma situação de bem-estar e reduzir as tensões de sua clientela ao atender as demandas de saúde (GALAVOTE et al., 2011).

O ACS desempenha, portanto, importante papel dentro da ESF, com a responsabilidade de ser o vínculo entre as famílias e as unidades de saúde.



Mas como o ACS consegue aproximar esse vínculo do usuário do SUS com a equipe de saúde? Vejamos algumas ações que permitem essa intermediação (BRASIL, 2005):



Está na lei!

Conforme a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, existem atribuições comuns a todos os profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família, de saúde bucal e de ACS.



SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

- 1- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- 2- Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- 3- Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- 4- Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- 5- Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- 6- Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- 7- Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- 8- Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- 9- Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- 10- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
- 11- Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- 12- Participar das atividades de educação permanente; e
- 13- Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2006).

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.



SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS:

Do agente comunitário de saúde (ACS):

- 1- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- 2- Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- 3- Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- 4- Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- 5- Orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- 6- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- 7- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
- 8- Cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.
- 9- Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima (BRASIL, 2006).

Quando se pensa em todas estas ações e atividades exercidas pelo ACS, podemos também visualizar o atendimento de uma clientela diversificada que envolve crianças, jovens, adultos e idosos, com os mais diversificados problemas socioeconômicos, ambientais e de saúde, que devem ser observados quando se fala em atendimento integral.

Sendo assim, deve-se levar em consideração a atual transição epidemiológica e demográfica encontrada no Brasil, pois com aumento da população idosa e das doenças crônico-degenerativas, ocorre aumento da necessidade de se repensar os modelos assistenciais. Estes modelos de assistência devem atender às necessidades de cuidado e garantir a autonomia, analisando as características inerentes à cada população atendida.

Uma parcela desta população, os idosos são amparados pela Política de Saúde do Idoso, que tem como propósito a promoção do envelhecimento saudável. Para que se alcance este propósito e se maximize sua capacidade funcional, devemos trabalhar com a prevenção das doenças, recuperação da saúde e reabilitação que lhe permitam o máximo de liberdade no desenvolvimento de atividades cotidianas. Dentro de suas vulnerabilidades, os idosos devem ser assistidos de forma especial, que inclui assistência diferenciada, como o atendimento domiciliar (GARCIA et al., 2006).



As ações da Atenção Básica/Saúde da Família em envelhecimento e saúde da pessoa idosa previstas a serem desenvolvidas são:

Atribuições comuns a todos os profissionais da equipe:

- a) Planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência;
- b) Identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização;
- c) Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde - Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) - e outros para planejar, programar e avaliar as ações relativas à saúde da pessoa idosa;
- d) Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade;
- e) Acolher pessoas idosas de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito;
- f) Prestar atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal – ao longo do tempo;
- g) Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme manual de preenchimento específico;
- h) Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da pessoa idosa;
- i) Desenvolver ações educativas relativas à saúde da pessoa idosa, de acordo com o planejamento da equipe.

Atribuições do agente comunitário de saúde (ACS):

- a) Cadastrar todas as pessoas idosas de sua microárea e manter o cadastro atualizado;
- b) Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme seu manual de preenchimento específico;
- c) Identificar e encaminhar o idoso frágil à unidade de saúde;
- d) Realizar visitas domiciliares às pessoas idosas conforme planejamento assistencial, dando prioridade às frágeis ou em processo de fragilização;
- e) Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade, mantendo a equipe informada, principalmente, a respeito dos idosos frágeis;
- f) Estar em contato permanente com as famílias;
- g) Avaliar condições de risco de quedas observáveis no domicílio (BRASIL, 2007).



As Redes de Atenção em Saúde (RAS) são dispositivos para sistematizar as ações dos serviços de saúde, com densidades tecnológicas diferentes, que se integram por sistemas técnicos, logísticos e de gestão, para alcançar a integralidade, tendo como pilar a Atenção Primária em Saúde (BRASIL, 2010). As RAS têm como atributos principais:

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;
2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;
3. Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;
4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado;
5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;
6. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;
7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;
8. Participação social ampla;
9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico (BRASIL, 2010).

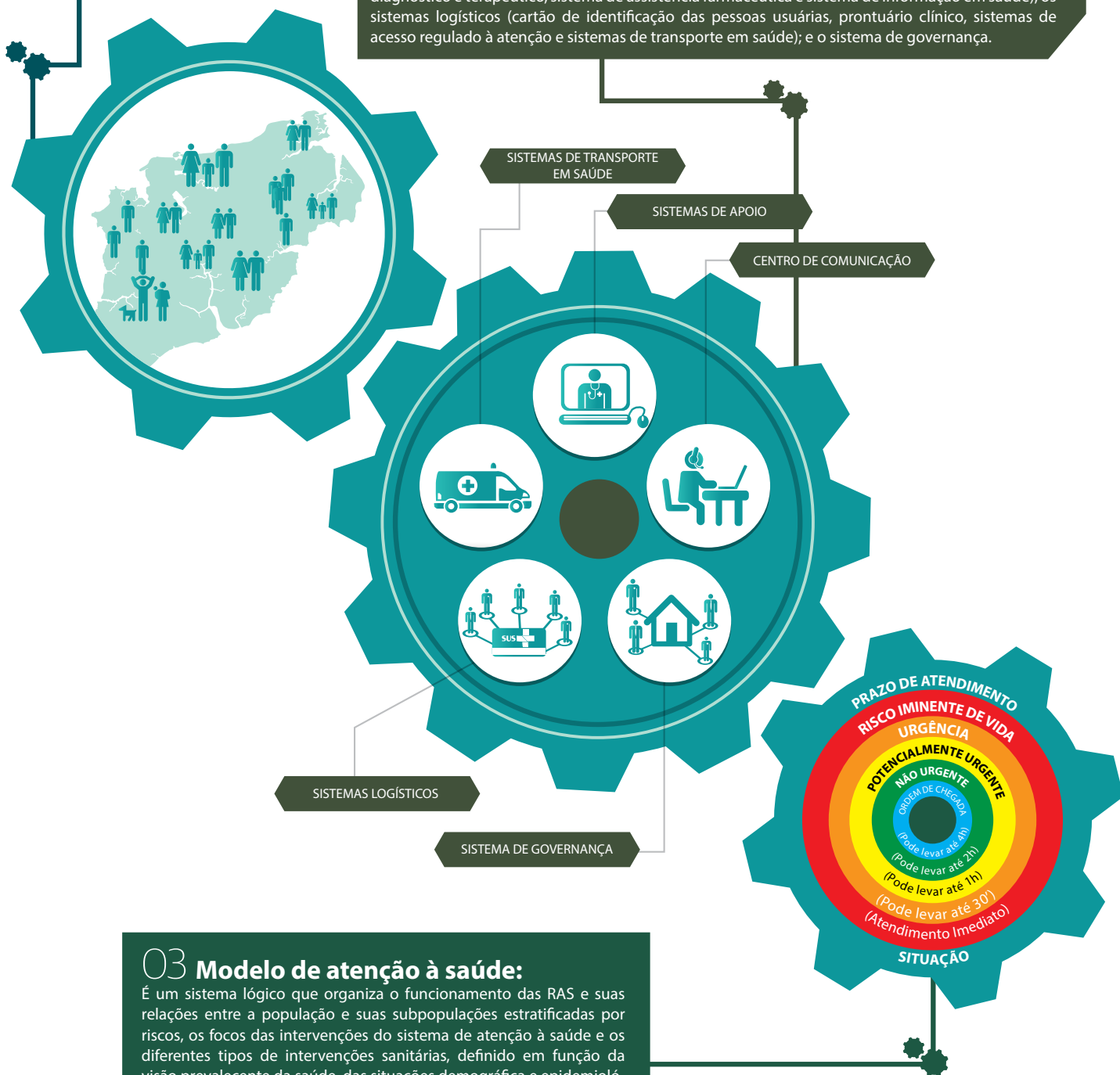
Figura 1 - Modelos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

01 População:

De responsabilidade das RAS, vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociossanitário. Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Mas não basta o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

02 Estrutura operacional:

A estrutura operacional das RAS constitui-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança.



03 Modelo de atenção à saúde:

É um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS e suas relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. O ideal é propor modelos de atenção para condições crônicas e agudas.

COPYRIGHT © UFMA/UNA-SUS



Rede de Atenção à saúde e as ações para a pessoa idosa

Os modelos de redes de atenção à saúde do idoso estruturam ações integradas que visa adequar a atenção à população idosa de forma a atendê-la plenamente, incluindo suas necessidades sociais. A base para operacionalizar os sistemas de informações em saúde é o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que permite ao gestor conhecer a rede assistencial existente e sua potencialidade e disponibiliza informações das condições de infraestrutura e funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas. Acesse o CNES em: <http://cnes.datasus.gov.br>.

Agora, vamos conhecer quais tipos de estabelecimentos de saúde podem integrar modelos de rede de atenção à saúde do idoso no SUS?

▪ Unidades básicas de saúde (UBS)

As Unidades Básicas de Saúde são consideradas a “porta de entrada” do SUS e, como tal, espera-se que sejam acolhedoras, receptivas e ofereçam condições mínimas de segurança e conforto, inclusive para os usuários com dificuldade de locomoção, como é o caso de alguns idosos. Porém, sabe-se que muitas UBS no país funcionam em construções adaptadas, sem o planejamento prévio e fora dos parâmetros e critérios técnicos definidos pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (Norma 5.090/2004).



As UBS podem ou não ter equipe de Saúde da Família (e em ambas as situações estão registradas no CNES) e sua infraestrutura e recursos necessários são definidos pela Política Nacional de Atenção Básica, sendo eles:

- Equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de Enfermagem ou técnico de Enfermagem, agente comunitário de saúde, entre outros;
- Consultório médico, consultório odontológico e consultório de Enfermagem;
- Área de recepção, local para arquivos e registros, sala de cuidados básicos de Enfermagem, sala de vacina e sanitários, por unidade;
- Equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolatividade da Atenção Básica;
- Garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar;
- Existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente (BRASIL, 2006a).



▪ **Atenção às urgências**

Tem sido orientada pela Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída pela Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, e se divide nos componentes: pré-hospitalar (que pode ser fixo ou móvel) e hospitalar.



SAIBA MAIS!

Política Nacional de Atenção às Urgências:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf.

▪ **Unidades de atendimento ambulatorial especializado**

O atendimento especializado pode ser extremamente importante para a pessoa idosa, possibilitando a recuperação da saúde por procedimentos específicos de cada especialidade. Exemplos são a perda auditiva, que muitas vezes é encarada como “normal da idade”, e a catarata, frequentemente encontrada no paciente idoso, que pode ser corrigida e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida desse paciente.

O acompanhamento na Atenção Básica deve ser mantido independentemente do acompanhamento por especialista. É comum que o paciente idoso seja acompanhado por diversos médicos especialistas, sem homogeneização dos tratamentos e sem comunicação entre eles, o que, frequentemente, leva à iatrogenia e à polifarmácia. O profissional da Atenção Básica tem em mãos o poder de gerenciar e harmonizar o tratamento.

▪ **Unidades de reabilitação**

Ainda estão surgindo no SUS e geralmente estão vinculadas a hospitais universitários, especializados e centros de referência. Sabe-se que preservar a funcionalidade é essencial para a manutenção da condição de saúde do paciente idoso e, portanto, manter ou recuperar função é essencial. Essa reabilitação pode ser física ou cognitiva e conta com diversos profissionais da saúde, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, dentre outros.

▪ **Atenção Domiciliar e a Saúde do Idoso - Programa Melhor em Casa**

A Atenção Domiciliar (AD), cujas ações são implementadas, no âmbito do Ministério da Saúde, pela Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD), constitui uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, oferecida no domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de promo-



Melhor em Casa
A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO
CONFORTO DO SEU LAR



ção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde.

Na Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, é redefinida a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que considera:

- Atenção Domiciliar: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde;
- Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (Emap); e
- Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana (BRASIL, 2013).

SAIBA MAIS!

Caderno de atenção domiciliar. **Volume 1.** 2012. Disponível no link:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf.

Caderno de atenção domiciliar. **Volume 2.** 2013. Disponível no link:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf.

▪ **Atenção hospitalar**

Quaisquer ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde, realizados em ambiente hospitalar, estão inseridos no item “atenção hospitalar”.

Todos os hospitais do SUS, independentemente do tamanho ou complexidade, são registrados no CNES. O ingresso ao atendimento hospitalar geralmente se dá pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que é uma característica comum dessas unidades.

▪ **Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do idoso (Creasi)**

O Centro atende ao idoso que necessita de atenção especializada na área de geriatria e/ou gerontologia, e tem organização hierárquica com a Atenção Básica, organizando a demanda.



O Creasi oferece à comunidade um serviço especializado na saúde do idoso frágil e também a interlocução com outras instituições, por meio de avaliação multidimensional, por equipe interdisciplinar, com vistas à manutenção ou recuperação da saúde física, mental e funcional, adequando seus déficits às novas realidades, mantendo-o socialmente ativo e dentro do contexto familiar em conformidade com as diretrizes da macropolítica.

Diretrizes:

- Atender como referência, casos que necessitem da atenção especializada, prioritariamente os idosos frágeis, na área de geriatria ou gerontologia;
- Promover a autonomia, independência e autocuidado - itens formadores do conceito de saúde;
- Propiciar campo de estágio gerontológico, proporcionado à multiplicação do conhecimento específico;
- Desenvolver a produção científica nas áreas afins;
- Instituir indicadores de atenção ao idoso;
- Estimular projetos de atenção ao idoso;
- Subsidiar instituições e serviços de saúde que atuem com foco na população idosa (BAHIA, 2014).

SAIBA MAIS!

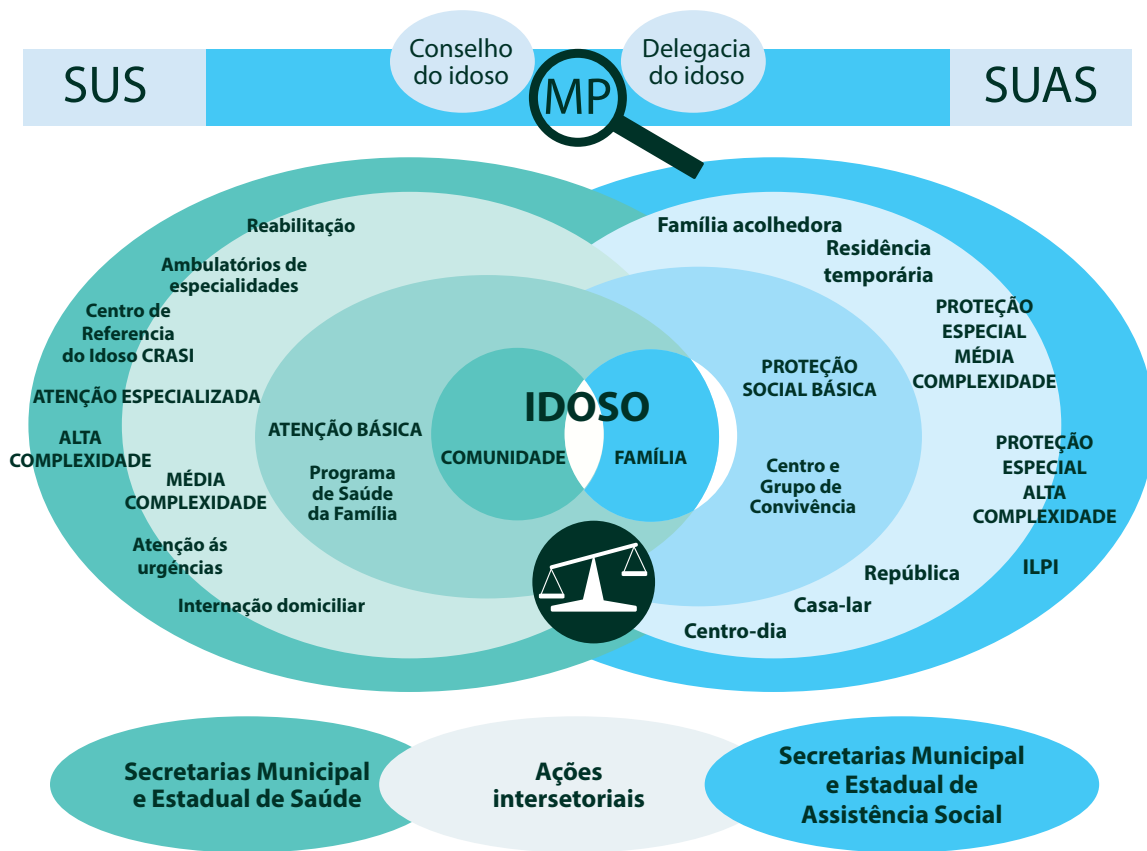
Redes estaduais de atenção à saúde do idoso: guia operacional e portarias. Disponível no link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf.

▪ **Unidades de proteção social**

O chamado “tripé da seguridade social” é composto pela rede de serviços da política de assistência social, junto com a Rede do SUS e com os benefícios garantidos pela política de previdência social. Em resumo, a estrutura de uma rede assistencial à pessoa idosa pode ser observada no esquema abaixo, que representa a interface SUS-SUAS (Sistema Único de Assistência Social):



Figura 2- Estruturas de uma rede assistencial à pessoa idosa (interface SUS-SUAS).



Fonte: Adaptado de: FREITAS, Marco Polo Dias; MORAES, Edgar Nunes de. Estrutura da rede de atenção à saúde da pessoa idosa. In: BORGES, Ana Paula Abreu; COIMBRA, Angela Maria Castilho (Org.). **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro, RJ: EAD, ENSP, 2008. 340 p. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_594481029.pdf.

SAIBA MAIS!

Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. Disponível no link:

<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/RgMetropolitana/idoso/Documents/Artigos%20e%20Documentos%20Relacionados/PolProglds.pdf>.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste módulo abordamos os princípios da organização da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família, com destaque para a importância e as atribuições do agente comunitário de saúde dentro do contexto de multiprofissionalidade da assistência, além de apresentarmos o conceito de Rede de Atenção à saúde do idoso e os estabelecimentos de saúde que a integram.

Esperamos que você possa incorporar esses conhecimentos e colocá-los em prática na sua rotina de trabalho, proporcionando um atendimento integral à população idosa, de forma a assisti-la plenamente, incluindo suas necessidades sociais.



REFERÊNCIAS

BAHIA. Governo do Estado. **CREASI**. Salvador, BA, 2014. Disponível em: < http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=306&catid=8&Itemid=49>. Acesso em: 31 out. 2014.

BARRETO, I. C. de H. C. et al. Gestão Participativa no SUS e a integração ensino, serviço e comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. **Saúde soc.** São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 80-93. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000500007&script=sci_arttext. Acesso em: 31 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 3 nov. 2014.

_____. _____. Portaria MS/GM Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção I, p. 89.

_____. _____. Portaria Nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 maio. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 6 nov. 2014.

_____. _____. **Manual do PSF**. Brasília-DF, 2005.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica nº19). Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2014.

_____. _____. _____. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 31 out. 2014.

_____. _____. _____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2014.

_____. Presidência da República. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 31 out. 2014.

FREITAS, M. P. D.; MORAES, E. N. Estrutura da rede de atenção à saúde da pessoa idosa. In:



BORGES, A. P. A.; COIMBRA, A. M. C. (Org.). **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro, RJ: EAD, ENSP, 2008. 340 p. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_594481029.pdf. Acesso em: 31 out. 2014.

GALAVOTE, H. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciênc. saúde de coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100026&script=sci_arttext. Acesso em: 30 out. 2014.

GARCIA, M. A. A. et al. A Atuação das equipes de Saúde da Família junto aos idosos. **Revista APS**, v. 9, n. 1, p. 4-14, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Atuacao.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2014.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 45, apr./jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200007>. Acesso em: 3 nov. 2014.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p.1187-1193, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/12.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2014.

SILVA, M. J. E. S.; ZAMIAN, P. A. I.; BARALHAS, M. O agente comunitário de saúde e sua atuação frente à saúde dos idosos. **Universitári@ - Revista Científica do Unisalesiano**, Lins, SP, ano. 1, n. 1, jan./jun. 2010. Disponível em: <http://www.salesianolins.br/universitaria/artigos/no1/artigo14.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2014.

SILVA, L. M. S. et al. Trabalho interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. esp. 2, p. 784-788, dez. 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6024/4329>. Acesso em: 3 nov. 2014.

WATANABE, H. A. W. et al. **Rede de atenção à pessoa idosa**. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social, Fundação Padre Anchieta, 2009. 85 p.

Leitura complementar:

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1103-12, 2009.

ARAÚJO, M. A. S. et al. Perfil do idoso atendido por um Programa de Saúde da Família em Aparecida de Goiânia-GO. **Revista da UFG**, v. 5, n. 2, dez. 2003. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/perfil.html>. Acesso em: 3 nov. 2014.

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



_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 102 p. v. 1. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2014.

_____. _____. _____. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 260 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2014.

_____. _____. _____. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 24 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 3 nov. 2014.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, maio./jun. 2003. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0437.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2014.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 986-994, jul./ago. 2004. Disponível em: < https://fanut.ufg.br/up/128/o/BIOETICA_IDOSO_2.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2014.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, maio./jun. 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15890.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2014.

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

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo, **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, jun. 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300011&lng=pt&nrm=iso&userID=-2>. Acesso em: 3 nov. 2014.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – *Natalino Salgado Filho*

Vice-Reitor – *Antonio José Silva Oliveira*

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – *Fernando de Carvalho Silva*

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – *Nair Portela Silva Coutinho*

COMITÊ GESTOR - UNA-SUS/UFMA

COORDENAÇÃO GERAL

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Deborah de Castro e Lima Baesse

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins França

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde.

Unidade UNA-SUS/UFMA: Rua Viana Vaz, nº 41, CEP: 65020-660. Centro, São Luís - MA.

Site: www.unasus.ufma.br

Revisão ortográfica

Fábio Alex Matos Santos

Revisão técnica

Claudio Vanucci Silva de Freitas

Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Normalização

Eudes Garcez de Souza Silva

(CRB 13ª Região nº Registro – 453)

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

O ACS, a ESF e a RAS: o agente comunitário de saúde e as ações da Estratégia Saúde da Família/Consuelo Penha Castro Marques (Org.). - São Luís, 2014.

19f.: il.

1. Programa Saúde da Família. 2. Agente comunitário de saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. Saúde do idoso. 5. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Claudio Vanucci de. II. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. III. Título.

CDU 614.2: 613.98

COPYRIGHT @ UFMA/UNA-SUS, 2014. TODOS OS DIRETOS RESERVADOS. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE E QUE NÃO SEJA PARA VENDA OU PARA QUALQUER FIM COMERCIAL. A RESPONSABILIDADE PELOS DIREITOS AUTORAIS DOS TEXTOS E IMAGENS DESTA OBRA É DA UNA-SUS/UFMA.

