



Programa Acompanhante de Idosos

Documento Norteador

Programa Acompanhante de Idosos

São Paulo, 2016

Fernando Haddad
Prefeito do Município de São Paulo

Alexandre Padilha
Secretario Municipal da Saúde

Célia Cristina Bortoletto
Secretario Adjunto da Saúde

Mariana Neubern de Souza Almeida
Chefe de Gabinete

Rejane Calixto Gonçalves
Coordenação da Atenção Básica

Rua General Jardim 36 – 5ºandar – Vila Buarque
CEP: 01223-010 – São Paulo – SP

EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO 2007

- Ana Maria Peres Silva - Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto
- Carlos Lima Rodrigues – Associação Saúde da Família
- Cristina da Costa Pardal – Coordenadoria Regional de Saúde Leste
- Cristina Maria do Nascimento Santos - Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto
- Cristina Pandjjarjian – Associação Saúde da Família
- Evaldo Shinji Kuniyoshi – Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste
- Evelani Martins da Silva – Supervisão Técnica de Saúde Sé
- Lucia dos Santos Silva – UBS Joaquim Eirado – Santana
- Magaly Terezinha de Castro Nunes – UBS José de Barros Magaldi – Itaim Bibi
- Maria Celina Rangel de Andrade – Unidade de Referência à Saúde do Idoso – Sé
- Maria de Jesus B. M. Iannarelli – Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto
- Maria Izabel Manesco - Unidade de Referência à Saúde do Idoso – Sé
- Marília Anselmo Viana da Silva Berzins – Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa / Coordenação da Atenção Básica / SMS-G
- Rosângela Ogawa – Associação Saúde da Família
- Sandra Sheila Santos Pato – Unidade de Referência à Saúde do Idoso - Mooca
- Sérgio Márcio Pacheco Paschoal - Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa / Coordenação da Atenção Básica / SMS-G
- Vânia Cardoso Santos – Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste

EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELA 1ª REVISÃO DO DOCUMENTO 2012

- Ana Maria Peres Silva - Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto
- Carlos Lima Rodrigues – Associação Saúde da Família
- Cristina Maria do Nascimento Santos – Coordenadora do PAI Vila Bertioga
- Elaine Cristina Inocentini – SAS - SECONCI
- Evaldo Shinji Kunyoshi – Coordenadoria Regional de Saúde Centro Oeste
- Flavia Pacheco Bonavigo – Coordenadora do PAI URSI Sé
- Maria Carolina Ferreira Maganini – SAS SECONCI
- Maria Cecília Teodoro Sanches – Associação Saúde da Família
- Mayara Regina Pinto Ghilardi – Coordenadoria Regional de Saúde Norte
- Odete Kiyomi Shibukawa – Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste
- Rosa Maria Bruno Marcucci – Coordenadoria Regional de Saúde Sul
- Rosemeire Santos de Almeida – SAS - SECONCI
- Sandra Cristina Coelho Teixeira – Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa /
Coordenação da Atenção Básica / SMS-G
- Sérgio Márcio Pacheco Paschoal - Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa /
Coordenação da Atenção Básica / SMS-G
- Silvio Ribeiro – Coordenador do PAI UBS Jardim Vera Cruz

EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELA 2ª REVISÃO DO DOCUMENTO 2016

- Ana Maria Florentino de Macedo – PAI UBS N. Sra. do Brasil
- Ana Maria Peres Silva – OS BOMPAR
- Carmem S.F. Gaudino – PAI CAPS I VI Nova Cachoeirinha
- Diego da Silveira – OS Santa Catarina
- Doralice Severo da Cruz - Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa /
Coordenação da Atenção Básica / SMS-G
- Evelyn de Paula Rebecca Andrade de Miranda – PAI UBS Vila Brasilândia
- Joice Sales Mesquita – OS CEJAM
- Josiane Aparecida Melo Faria – OS Santa Catarina
- Maria Cecília Teodoro Sanches – PAI UBS VI Esperança
- Leonardo José Costa de Lima - CRS Oeste
- Munira Simão Aiex – OS Santa Catarina
- Patricia Sirianni – OS Santa Catarina
- Rosa Maria Bruno Marcucci – CRS Sul
- Rosana A. Oliveira - PAI UBS São Mateus
- Sandra Cristina Coelho Teixeira – Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa /
Coordenação da Atenção Básica / SMS-G
- Sérgio Márcio Pacheco Paschoal - Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa /
Coordenação da Atenção Básica / SMS-G

COLABORADORES NA 2ª REVISÃO DO DOCUMENTO

2016

Adriana Mahoda - PAI UBS Pari / Adriano Hernandez - PAI UBS Nova Jaguaré / Alexandra Nogueira P. Marques - PAI UBS Vera Cruz / Aline Andrade De Lima - PAI UBS Vila Esperança / Ana Clara Pedroso Toledo - PAI UBS Vila Esperança / Ana Paula Moreira - PAI UBS Jardim Vera Cruz / Auro F. Arayal - CRS Sul / Braz Barros Aranha - PAI UBS Castro Alves / Bruna A. B. Ilani - PAI UBS Vila Romana / Camila Rocha Lorena - PAI UBS Boraceia / Carlos Lima Rodrigues – ASF / Carolina De C. Florentino - PAI UBS JAE / Cecilia Stringhini – ASF / Cristina Costa Pardal - CRS Leste / Cristina Maria N. Santos - PAI UBS Bertiooga / Dayana Kelly S. Oliveira - OS Santa Marcelina / Decio Grizante Filho - STS Casa Verde / Denise de Almeida Costa - STS Guaianazes / Denise Lima Paiva - STS FÓ / Dirlene Cristina da Costa – STS Aricanduva/Mooça / Djanira F. S. Meneghelli - OS BOMPAR / Elaine C. Guglielmi - STS Penha / Elaine Martins - OS CEJAM / Elaine Piassentini Dias - STS Vila Prudente/Sapopemba / Eliana Aparecida Pinto - STS Santo Amaro/CA / Eliana Yoko Yagi - PAI UBS I Jd Mirian II / Eliane Cristina Martins Carlos - OS CEJAM / Eliane Mazieiro da Silva - OS Monte Azul / Elidiana Cristina Cardoso dos Santos - PAI UBS Vila Formosa / Elisa Aparecida G. Moreira - CRS Sudeste / Erica Maria Santos Gonçalves - PAI UBS Butantã / Fernanda Fontes Manjerona - PAI UBS Itaquera / Fernanda Rocco Oliveira - OS Santa Marcelina / Gisele Gomides - PAI UBS V. Nova Cachoeirinha / Glauca B. Rogge – ASF / Heloisa Lara S. N. Guardado - CRS Norte / Ione Cecilia P. Viaro - STS Aricanduva/Mooça / Izamar de Oliveira - PAI UBS Vila Romana / Josania Herminia Soares - PAI URSI Mooça / Kátia Marcena – IABAS / Livia Monteiro Lucio - PAI UBS Vera Cruz / Luciana Rebelo - PAI UBS Alto de Pinheiros / Luciana Rosalvo - PAI UBS Toledo Piza / Luciene M. Lupatelli - STS Vila Maria/V. Guilherme / Lucilia Auricchio - PAI UBS VI Esperança / Luisa Alves de Resende - PAI UBS São Vicente de Paula / Luiza Pereira Francielli - PAI UBS São Vicente de Paula / Marcia Cassiana Rola - STS Itaquera / Marcia Marino Jones - STS Santana/Jaçanã/Tucuruvi, / Maria Amélia G. Da Silva - PAI UBS Cidade Dutra / Maria de Fatima Duayer - OS Santa Catarina / Maria de Jesus Iamarelli – ASF / Maria do Socorro Timbó Mendes - URSI Sé / Maria Ines Silveira - SAS SECONCI / Maria Isabel C. Santos - PAI UBS Santa Cecilia / Maria Jose Picolo - CRS Sul / Maricele dos Santos Gonçalves - PAI UBS Pari / Mayara Regina P. Ghilardi - CRS Norte / Michele Quevedo - OS Santa Marcelina / Oswaldo Maotoshi Sumita - STS Ipiranga / Pollyana Borges de Araujo – IABAS / Polyana A. S. Guimarães - PAI UBS Vila Jacuí / Priscila Sant'ana de Souza - PAI UBS Itaquera / Renata Luciana Hasegawa Fregonezi - CRS Sudeste / Roberta Catia Nascimento Moura - STS Santana/Jaçanã/Tucuruvi / Rose Mary Santana – IABAS / Rosemeire Santos de Almeida - PAI UBS Vila Esperança / Sandra Lia de A. Leite - PAI UBS I Vera Cruz / Sandra Marajá - STS São Miguel / Sanny Fabretti Bueno Grosso - STS Mooça Aricanduva / Silvana Leite dos Santos Souza – IABAS / Silvia Elena de Oliveira Vieira - PAI UBS VI Bertiooga / Solange P. F. Carvalho - PAI UBS Magaldi / Sonia Raquel Uzcoele - STS Capela do Socorro, Sonia Regina de Moura Souza - PAI URSI Mooça / Sueli A. Manesco - URSI Sé / Tania Alves Holocach - PAI UBS I Miriam II / Tania R. Guedes – IABAS / Tatiana C. Perrotti - PAI UBS Jd Vera Cruz / Thais Araujo – ASF / Vera Lucia Mariano Silva - STS São Matheus / Wladimir B. de Santana- OS Santa Catarina.

PARCEIROS EXECUTORES DO PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS



Ficha catalográfica

S241d São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde

Documento norteador: Programa Acompanhante de Idosos. /Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica, Área Técnica da Saúde da Pessoa

Idosa. – São Paulo: SMS, 2016.
129p.

1.Idoso. 2. Saúde do Idoso. 3. Saúde Pública. I. Coordenação da Atenção Básica, Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. II. Título

CDU-614-053.9

APRESENTAÇÃO

A Cidade de São Paulo, com 11.619.802 (TABNET SMS/ PMSP – 11/2016) habitantes e territórios díspares, onde convivem comunidades rurais, população em exclusão social, moradores em situação de rua, aldeias indígenas, residentes em área de contaminação ambiental e populações extremamente urbanizadas, todos expostos aos mais diversos indicadores sociais e de saúde, representa um verdadeiro desafio, quando se trata de implementar, ordenar e qualificar o setor saúde. O Sistema Único de Saúde - SUS, política pública vigente a partir da promulgação da Constituição de 1988, é um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades da população e representa um marco definitivo na garantia do direito à saúde pública do cidadão brasileiro.

A Secretaria Municipal da Saúde – SMS tem a missão de ofertar um serviço de saúde que atenda às necessidades da população residente na cidade de São Paulo, no desafio constante de garantir os valores da universalidade de acesso, da equidade no atendimento, da atenção integrada e da qualidade do serviço. Cabe à SMS a responsabilidade de formulação e implantação de políticas, programas e projetos, que visem promover, proteger e recuperar a saúde da população que reside no município. Órgãos da administração direta, da administração indireta, instituições conveniadas e contratadas com o SUS, são responsáveis pela implementação das diretrizes formuladas pela SMS.

Atualmente a população idosa paulistana representa 13,9% da população do município (1.619.760 pessoas com 60 anos e mais - TABNET SMS/ PMSP – 11/2016), um expressivo e significativo número. As diretrizes das políticas públicas para esse segmento requerem estratégias para garantir condições de autonomia, integração e participação efetiva da pessoa idosa na sociedade, reafirmando o seu direito à vida, à saúde e à dignidade.

A Secretaria Municipal da Saúde apresenta este documento, para instrumentalizar e apontar o eixo orientador para a implantação de novas equipes, assim como para acompanhamento e avaliação do Programa Acompanhante de Idosos - PAI. Este documento visa subsidiar os gestores, gerentes e profissionais, que trabalham com o Programa, oferecendo ferramentas, que possam potencializar o trabalho desenvolvido e os seus resultados, estabelecendo diretrizes para a organização e funcionamento do serviço que visa atender às necessidades das pessoas idosas, respeitando suas particularidades e peculiaridades.

Este Documento Norteador foi construído em conjunto com os principais protagonistas do Programa Acompanhante de Idosos e encontra-se em sua segunda revisão. É um documento orientador e disciplinador, com a função de padronizar as diferentes atividades do Programa, respeitando as especificidades locais. O documento apresenta-se em itens, que facilitam sua compreensão e organização.

SUMÁRIO

1)	Introdução	11
2)	Prêmios de Reconhecimento	13
3)	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI	15
4)	Fragilidade Clínica e Vulnerabilidade em Pessoas Idosas	17
5)	Família e Envelhecimento: principais mudanças	20
6)	Cuidados à Pessoa Idosa: a responsabilidade do Estado	22
7)	Rede de Suporte Social Local	24
8)	A Rede de Atenção à saúde da Pessoa Idosa	25
9)	Programa Acompanhante de Idosos	27
	A. Definição	
	B. Objetivos	
10)	Diretrizes	28
11)	Metodologia e Operacionalização do Programa	32
12)	Critérios de Inclusão, Desligamento e Alta	36
	A. Critérios de Inclusão	
	B. Critérios de Desligamento / Alta	
13)	Responsabilidades	38
	A. Secretaria Municipal da Saúde – SMS-SP	
	B. Coordenadorias / Supervisões de Saúde	
	C. Instituições Parceiras	
	D. Unidades de Saúde	
	E. Equipe de Trabalho do Programa Acompanhante de Idosos	
14)	Atribuições e perfis dos profissionais do Programa	44
	A. Coordenador (a) da Equipe de Trabalho	
	B. Enfermeiro (a)	
	C. Auxiliar/Técnico de Enfermagem	
	D. Médico (a)	
	E. Auxiliar Administrativo	
	F. Acompanhante de Idosos	
	G. Atribuições e perfis comuns dos profissionais da Equipe de Trabalho	
	H. Motorista	
	I. Supervisor das Instituições Parceiras	
15)	Carga Horária	61
16)	Plano de Cuidados	62
17)	Número de Atendimento por Acompanhante	64
18)	Supervisão, suporte e escuta do Acompanhante	65
19)	Estratégias de Monitoramento e Avaliação	67
20)	Anexos	69
21)	Bibliografia	127

1. INTRODUÇÃO

O Programa Acompanhante de Idosos é desenvolvido em toda a cidade de São Paulo. A primeira experiência foi realizada com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que se constituiu em entidade parceira, por meio do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG). O principal objetivo desse projeto inicial foi capacitar indivíduos a realizarem atividades comunitárias de cuidado e acompanhamento de pessoas idosas frágeis, para atuarem na identificação de situações de risco que comprometessem a autonomia e independência, assim como contribuir, para minimizar os efeitos da dependência que as pessoas idosas possuíam. O período da capacitação teórico-prática foi de seis meses, sendo que, durante três meses, as 28 participantes do projeto desenvolveram atividades de acompanhamento de pessoas idosas na região central da cidade. Os profissionais de saúde da região de Santa Cecília sentiram a necessidade de implantar ações, que ultrapassassem as práticas tradicionais de intervenção em saúde, ao constatarem as necessidades peculiares da população idosa que o seu território geográfico e social compunha.

Com a confluência das propostas das Áreas Técnicas de Saúde da Pessoa Idosa e da Saúde Mental, a Secretaria da Saúde da cidade de São Paulo, por meio da Unidade de Referência à Saúde do Idoso - Sé (URSI Sé) estabeleceu parceria com a Associação Saúde da Família, para implantação do Projeto “Anjos Urbanos”. O projeto foi piloto e se constituiu com o objetivo de oferecer cuidados domiciliares às pessoas com dependência funcional para as atividades da vida diária. Foram contratadas pessoas que haviam realizado a capacitação inicial feita pela UNIFESP, estabelecendo como área de abrangência as regiões de Santa Cecília, Sé e Santana, ficando a URSI Sé responsável pelo gerenciamento do projeto.

Posteriormente, em maio de 2006, a mesma experiência foi repetida na região da subprefeitura da Mooca, através da parceria entre a Unidade de Referência à Saúde do Idoso – Mooca (URSI Mooca) e o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto. A demanda originou-se da necessidade de atenção a um grupo de pessoas idosas, em situações muito semelhantes aos encontrados na Sé, que não tinham a possibilidade de autocuidado e corriam riscos de institucionalização. Mediante a realidade apresentada, o projeto foi instituído na região, sendo denominado

Acompanhamento Comunitário do Idoso. O treinamento inicial das acompanhantes foi realizado pela equipe gerontológica da URSI Mooca.

Em 2007, foi implantada uma nova equipe, através da parceria com o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto, na UBS Vila Bertiooga.

Em 2008, face à avaliação positiva do projeto, a SMS/PMSP, através da Coordenação da Atenção Básica, decidiu torná-lo uma política pública para a população idosa fragilizada do município. Foi expandido para outras regiões da cidade, com nova denominação: “Programa Acompanhante de Idosos”.

Em 2012, após uma terceira expansão, o PAI passou a contar com 22 equipes, através de parcerias com as seguintes instituições: Associação Saúde da Família – ASF, Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto e Superintendência de Atenção à Saúde do Serviço Social da Construção Civil – SECONCI, as quais, sob a coordenação da Secretaria Municipal da Saúde, planejam e executam o Programa Acompanhante de Idosos.

A partir de 2013 foram implantadas novas equipes, algumas com formato diferenciado, ou seja, como parte das equipes de Estratégia de Saúde da Família - ESF.

Durante esses anos de franca atividade constituiu-se em uma importante opção de atendimento aos idosos em situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade social, pois modifica a condição de exclusão em que esses indivíduos se encontram, decorrente de sua situação de fragilidade e vulnerabilidade. Transformando-se em uma prática positiva de política pública responsabilizando o gestor da política de saúde a exercer o seu papel no contexto do envelhecimento.

Houve expansão do Programa em 2016 contamos até o fechamento deste documento com 34 Equipes, com previsão de alcançar 41 serviços até o final deste ano.

2. PRÊMIOS DE RECONHECIMENTO

O PAI é reconhecido como um programa exemplar e inovador. No decorrer do seu desenvolvimento, tem sido objeto de estudos acadêmicos, de apresentação em congressos, seminários e outros eventos científicos com publicações em diversos meios de comunicação: jornais, revistas, literatura especializada, redes sociais, televisão e rádio.

Destacamos os seguintes reconhecimentos públicos, que valorizam a eficiência e a eficácia do Programa:

- Concurso Banco Real Talentos da Maturidade – 9ª edição, na categoria Programas Exemplares, no ano de 2007, como um dos cinco projetos vencedores de todo o território nacional.
- Menção honrosa, outorgada pelo COSEMS/SP, no XXII Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, realizado de 25 a 29 de março de 2008, na cidade de Bauru - SP.
- Uma das 20 experiências exitosas do SUS. Esse reconhecimento ocorreu no XXIV Congresso Nacional das Secretarias Municipais e no V Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura da Paz, realizados em Belém - PA, no período de 08 a 11 de abril de 2008.
- Trabalho selecionado pelo COSEMS/SP para a apresentação no VI Congresso Brasileiro de Cultura de Paz e Não Violência do CONASEMS, realizados no período de 11 a 14 de maio de 2009, em Brasília - DF.
- VIII Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde da Pessoa Idosa - MS - Brasília, 26 a 28/11/2013 – Programa Acompanhante de Idosos - Prêmio Experiência Exitosa.
- 2ª Edição das Experiências Exitosas de Gestão na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e IX Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde da Pessoa Idosa

”Projeto "Carta ao Amigo" realizado pelas equipes do PAI Maria Cecília e do PAI Butantã, selecionado entre as doze melhores experiências exitosas” dezembro 2014.

- VII Simpósio de Geriatria e Gerontologia promovido pelo Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia 18 e 19/11/2016 – PAI Vila Jaguaré
Relato de Experiência "Era uma casa nada engraçada, não tinha forma, não tinha nada": Intervenções do Programa Acompanhantes de Idoso visando evitar / adiar a institucionalização de uma idosa.
Prêmio: 1º lugar com Menção Honrosa pelo Comitê de Avaliação do Simpósio.
- 1ª Edição do Mapeamento de Experiências de Excelência no Cuidado à Pessoa Idosa no Contexto Domiciliar – Brasília - Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD/DAHUE/SAS/MS) e Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI/DAPES/SAS/MS), do Ministério da Saúde, em cooperação técnica da OPAS/OMS Brasil. 13 e 14/12/2016.
 1. Relato de Experiência “O Programa PAI, reabilitando idosos em São Mateus” – PAI São Mateus,
 2. Relato da Experiência “Arte no Domicílio” – PAI Boraceia.

3. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA - PNSPI

O envelhecimento foi a maior conquista da humanidade no último século. Muitos esforços foram feitos pela ciência, tecnologia e pelas políticas públicas, para que vivêssemos mais. A longevidade não pode ser encarada como um problema social, e sim como uma conquista e grande triunfo que deve ser sempre celebrado. Conforme preceitua a Organização Mundial de Saúde no documento “Envelhecimento Ativo” (OPAS, 2005), ao mesmo tempo em que valorizamos o envelhecimento, não podemos esquecer os desafios que esta vitória proporciona, ou seja, assegurar condições dignas e direitos humanos fundamentais a essa população.

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas idosas, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Vários determinantes colaboram para a construção dos princípios da PNSPI. O princípio norteador é o de que não há uma velhice e, sim, velhices. Não há um único modo de envelhecer. Sexo, gênero, local de moradia, heterogeneidade dos grupos etários, estilos e histórias de vida, hábitos saudáveis, meio ambiente, o exercício das potencialidades individuais, as oportunidades de se usar os talentos natos e inatos e a situação socioeconômica são alguns dos determinantes do processo de envelhecer (MS. Portaria 2.528, 2006).

Essa política tem o propósito de trabalhar em dois grandes eixos, tendo como paradigma a capacidade funcional da população idosa: as pessoas idosas independentes e a parcela frágil deste segmento populacional, as dependentes. A funcionalidade, posta como paradigma para a organização dos serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade, exige um olhar para além das doenças, buscando-se a compreensão quanto aos aspectos funcionais do indivíduo que envelhece. Estes não envolvem somente a saúde física e mental, mas, também, as condições socioeconômicas e de capacidade de autocuidado, as quais irão revelar o grau de independência funcional da pessoa idosa, vista de uma forma abrangente. A avaliação da capacidade funcional torna-se, portanto, essencial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico e funcional da população idosa.

As diretrizes definidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para o atendimento das necessidades de saúde das pessoas idosas são as seguintes:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

É importante viver muito, mas é fundamental viver bem, sendo responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde a promoção da qualidade de vida da pessoa idosa. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta de todos os níveis de atenção do SUS.

4. FRAGILIDADE CLÍNICA E VULNERABILIDADE EM PESSOAS IDOSAS

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa sugere que a prática de cuidados às pessoas idosas deva ser fundamentada na abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais, que influenciam a saúde das pessoas idosas e o ambiente no qual está inserido.

O envelhecimento populacional e a crescente incorporação das mulheres no mercado de trabalho estão reduzindo a capacidade das famílias no provimento do cuidado às pessoas idosas, principalmente aquelas que se encontram em situação de fragilidade, conceito amplamente discutido e absorvido pela literatura gerontológica. Destaca-se que o aumento das necessidades de atenção aos idosos com dependência associa-se, também, com a pouca oferta e qualidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's).

Fragilidade é um importante problema clínico e de saúde pública. Entretanto, sua definição permanece controversa. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que:

- Vive em ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos;
- Encontra-se acamado;
- Esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão;
- Apresenta doenças, sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros, dentre outras:
- Encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional dentre as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD's);
- Vive em situações de violência doméstica
- Tem 75 anos ou mais de idade.

Fried e colaboradores (2001) definem fragilidade pela presença de três ou mais dos seguintes componentes:

- Perda de peso não intencional – 4,5 Kg, ou 5% ou mais nos últimos doze meses;
- Diminuição da força de preensão palmar, medida com dinamômetro na mão dominante e ajustada para gênero e Índice de Massa Corporal (IMC);
- Fadiga autorreferida, utilizando duas questões: “você se sente cheio de energia?”, da Escala de Depressão Geriátrica e “com que frequência, na última semana, o(a) sr.(a.)sentiu que tudo o que fez exigiu um grande esforço, ou que não pode fazer nada;
- -Lentidão, identificada pela diminuição da velocidade de marcha (em segundos): distância de 4,5m, com 2m de aceleração e 2m de desaceleração, ajustada para sexo e altura;
- Baixo nível de atividade física, medido pelo escore de quilocalorias gasto por semana, com base no autorrelato das atividades e exercícios físicos realizados e ajustados para sexo e altura.

Estes mesmos critérios foram adotados pelo Ministério da Saúde em 2007. (MS, 2007).

Vulnerabilidade é um conceito que remete a diversas categorias de análise, cenários e contextos. O termo implica na necessidade de múltiplos olhares para as estruturas sociais vulnerabilizantes ou condicionamentos de vulnerabilidade.

Segundo documento conjunto do Ministério do Desenvolvimento Social e do Ministério da Saúde (MDSCF/MS, 2008), o conceito de vulnerabilidade nasceu na área dos Direitos Humanos, tendo sido incorporado ao campo da saúde a partir dos trabalhos realizados na Escola de Saúde Pública de Harvard sobre a epidemia da AIDS. A vulnerabilidade se associa às diferenças individuais e às formas de lidar com elas, associadas às dificuldades ambientais. Para Almeida (2006), os eventos que vulnerabilizam as pessoas não são apenas determinados por aspectos de natureza econômica, fatores como a fragilização de vínculos afetivo-relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiência) ou vinculadas à violência, ao território, à representação política dentre outros, também afetam as pessoas.

Dessa forma, reconheceu-se a complexa interação entre a predisposição individual à vulnerabilidade, o ambiente vivenciado e a presença/ausência de estrutura social. A vulnerabilidade pode ser conceituada como programática, pois leva em conta o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização dos serviços, o vínculo que os usuários dos serviços possuem com o profissional, o acolhimento do usuário pelo serviço, as ações preconizadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais existentes.

A vulnerabilidade às doenças e situações adversas da vida distribui-se de maneira diferente segundo os indivíduos, regiões e grupos sociais e se relaciona com a pobreza, com as crises econômicas e com o nível educacional.

5. FAMÍLIA E ENVELHECIMENTO: PRINCIPAIS MUDANÇAS

No mundo todo, Brasil incluso, mudanças culturais, conjunturais, econômicas e demográficas têm levado a mudanças na capacidade de suporte e apoio a pessoas idosas fragilizadas. Tradicionalmente, era a família que propiciava condições de cuidados adequados àqueles com dependência e incapacidade. Quando uma pessoa idosa ficava incapacitada, temporária ou permanentemente, os cuidados eram confiados a alguma mulher, esposa, filha, ou neta, que tinha os afazeres domésticos como tarefa. Na divisão do trabalho, as mulheres trabalhavam dentro de casa, sem remuneração, enquanto os homens eram os provedores econômicos da família. A urbanização, a necessidade das famílias de aumentar a renda, o aumento da escolaridade da mulher e a mudança das expectativas femininas, levou as mulheres a sair do ambiente doméstico, para disputar o mercado de trabalho e se desenvolver profissionalmente. Nos dias de hoje, as mulheres trabalham por necessidade financeira e porque querem investir em suas carreiras e nos projetos pessoais de vida. A crescente incorporação da mulher no mercado de trabalho alterou substancialmente o modelo de família. Atualmente, a maioria das mulheres brasileiras trabalham fora, diminuindo a possibilidade de provimento de cuidados domiciliares para pessoas dependentes e incapacitadas.

Acrescentam-se nas mudanças da família brasileira os novos rearranjos que estão surgindo e a tendência ao aumento de pessoas morando sós, o que pode dificultar a presença de um cuidador familiar, caso apareça dependência no decorrer da vida. Na cidade de São Paulo, 13,1% das pessoas idosas moravam sozinhas, sendo que, dentre as mulheres idosas, 17,1% moravam sozinhas e, dentre os homens, 7,5% moravam sozinhos (DUARTE et al., 2005). Tal situação é mais prevalente entre as mulheres idosas, não somente por viverem mais, mas, principalmente, por ser maioria entre os solteiros, viúvos, descasados, separados e divorciados. Além disso, mesmo com filhos, os idosos podem ficar afastados da família, pois os filhos podem morar em bairros distantes, ou em outras cidades, ou países, ficando impossibilitados de cuidar, caso os pais tenham necessidade.

Outras alterações aconteceram, aumentando a dificuldade do provimento de cuidados às pessoas idosas dependentes. Houve um visível encolhimento da família

brasileira nas últimas duas décadas, provocado pela expressiva e progressiva queda da taxa de fecundidade. Para trabalhar fora, desenvolver-se profissionalmente e progredir na escolaridade, havia a necessidade de diminuir o número de filhos. O Censo de 2010 mostrou que a taxa de fecundidade do Brasil é de 1,86 filhos por mulher ao final de seu período fértil, abaixo da taxa de reposição populacional (2,1 filhos) e bem inferior a do censo de 2000, que foi de 2,38 filhos.

Segundo estimativas do IBGE, esse patamar seria atingido apenas em 2043. A queda da fecundidade, aliada à diminuição da mortalidade (envelhecimento populacional), resultou no progressivo aumento do contingente de pessoas nas faixas etárias longevas da população e da proporção de pessoas idosas na estrutura populacional. As pessoas estão sobrevivendo cada vez mais e o número de filhos é cada vez menor em todas as famílias. Muitas pessoas idosas para poucos filhos. Ou mesmo, muitas pessoas idosas para nenhum filho.

Essas mudanças tiveram profundas influências no lugar que a velhice ocupa no seio da família. Não há mais tempo para tanto zelo, principalmente para aquelas pessoas idosas que precisam de cuidados. Pior ainda, já não há mais a presença de alguém que possa prover os cuidados. Não há a quem recorrer, se um idoso fica dependente. Quando, porventura, há a presença de um cuidador, este se encontra estressado, com frequência, pois tem de suprir inúmeros papéis, dentro e fora de casa. Cuidador estressado e doente é passível de praticar violência contra a pessoa idosa.

As políticas públicas vigentes asseguram que é na família e na comunidade que a pessoa idosa deve permanecer o maior tempo possível. Mas, atualmente, com tantas alterações ocorridas na estrutura familiar, é difícil garantir esse direito às pessoas idosas que se tornam dependentes e perdem sua autonomia. O Estado pode e deve responder com políticas públicas eficientes e eficazes. O Programa Acompanhante de Idosos responsabiliza-se por responder parte dessas necessidades ao oferecer um profissional, para acompanhar as atividades das pessoas idosas isoladas em casa, criando condições de vida mais digna, mantendo o indivíduo em seu meio social e reduzindo a carga que recai sobre essa família contemporânea, que possui menor capacidade de cuidar que a família tradicional do passado.

6. CUIDADOS À PESSOA IDOSA: A RESPONSABILIDADE DO ESTADO

Ayres (2003-2004) considera que a saúde pública, mundial e nacionalmente, agrega novos discursos no campo da saúde, que revelam a vitalidade conceitual da saúde pública no início deste milênio e trazem o debate sobre a renovação de práticas sanitárias. A reflexão sobre o cuidado pode contribuir, sob uma determinada perspectiva, para uma melhor compreensão do Programa Acompanhante de Idosos e colaborar para o adensamento conceitual da renovação das práticas sanitárias.

Em saúde pública, quando se fala em cuidado, atribui-se ao termo, geralmente, um conjunto de medidas e procedimentos auxiliares, que permitem o bom êxito do tratamento. Não é esse o sentido do cuidado, que pretendemos discorrer neste documento. A nossa preocupação é refletir sobre o seu constructo filosófico. Ayres (2003-2004, p.74) refere que essa categoria filosófica é uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica. É uma interação entre dois ou mais sujeitos, visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

Ayres (2004) define por sua vez o cuidado como uma sabedoria prática, que em estreita relação com saberes tecnocientíficos, quer fazer das ações de saúde a busca de êxitos técnicos imediatamente entendidos como sucesso prático, isto, é como o desenvolvimento de ações instrumentais subordinadas a escolhas compartilhadas de modos de vida julgados desejáveis, adequados e corretos. Há que se buscar, portanto, junto das finalidades técnicas das práticas de saúde, mas transcendendo sua condição de estrita produção de objetos (os produtos de trabalho em saúde), a antecipação, escolha e negociação de uma vida boa, ou seja, do melhor possível a fazer diante do projeto de felicidade que se coloca em questão naquele momento.

As mudanças da sociedade e do perfil demográfico que a compõe estão exigindo novos arranjos no cuidado à pessoa idosa. Segundo Brêtas (2003), “se algumas famílias ou pessoas idosas têm condição e desejo de arcar com o custo da contratação de cuidadores de idosos e, portanto, selecionam, à luz do mercado, o

trabalhador que desejam empregar, cabe ao Estado a discussão de alternativas àquelas pessoas idosas que, por desejo ou necessidade, são dependentes do SUS”. Por outro lado, famílias que não têm condição de contratar um cuidador, terão de disponibilizar um de seus membros, para responder às necessidades de seu familiar idoso dependente. Isto acaba afetando ainda mais a renda familiar, pois esse cuidador não terá rendimentos para contribuir com as despesas da casa. Acrescenta-se, nesse cenário, a ausência cada vez maior das mulheres, as tradicionais cuidadoras, que, mais e mais, estão inseridas no mercado formal de trabalho.

O Programa Acompanhante de Idosos apresenta-se como um desafio na reconstrução das práticas de saúde, ao valorizar o cuidado como prática do humano, ao voltar-se para a prestação de serviços à pessoa idosa em situação de fragilidade. O Programa interage com os sujeitos pelas ações de saúde desenvolvidas e valoriza suas necessidades, oferecendo acolhimento, vínculos e responsabilização na organização dos serviços. Ao se cuidar das pessoas idosas do programa – nas diversas dimensões do conceito –, cuida-se da dimensão e condição humana.

7. REDE DE SUPORTE SOCIAL LOCAL

A rede de suporte social é o conjunto de recursos pessoais, sociais e comunitários, disponíveis no território, os quais, acionados, podem facilitar os encaminhamentos necessários para a melhoria de vida das pessoas idosas atendidas no Programa Acompanhante de Idosos. A Rede de Suporte Social ou o Apoio Social é, portanto, o conjunto de relações importantes e significativas, construídas num determinado espaço geográfico formal ou informal.

Braga define rede de suporte como uma teia de interações entre sujeitos envolvidos em ações concretas e sua natureza pode se dar pela amizade, parentesco, mercantil, de clientelismo, entre outras – dos laços entre os agentes responde pelo conteúdo, assim como o formato da rede é perceptível pela densidade, isto é, pelo número de “relações possíveis” e frequência das expressões de tais laços (BRAGA, 2006).

As redes funcionam como polos de apoio, aptos a auxiliar os membros que dela fazem parte, a enfrentar, tanto os problemas da vida cotidiana, quanto aqueles excepcionais, ou que só se manifestam em momentos de crise.

O grupo ou conjunto de pessoas e serviços existentes ou construídos constitui-se no que denominamos rede. Essa rede exerce, ao longo da vida, inúmeras funções, desde as afetivas, como dar e receber atenção, carinho, conforto, às mais instrumentais, quando temos alguma dificuldade ou limitação. Essas funções se alteram ou se alternam, dependendo da necessidade, como por exemplo, os auxílios para cuidados pessoais, para atividades em casa, auxílios financeiros e outros.

Os principais pontos que compõem a rede de suporte social são a família (estabelecida pela relação de parentesco ou não), a comunidade e os amigos. Além desses pontos de conexão, a equipe do Programa Acompanhante de Idosos pode contar com os serviços públicos existentes e com as organizações não-governamentais. É fundamental o conhecimento de quais são os recursos disponíveis na região, para suprir as necessidades dos idosos atendidos.

Outro aspecto importante a considerar refere-se às entidades representativas, que possibilitam a participação da pessoa idosa, buscando ela própria a garantia de seus direitos, sendo papel de toda a equipe do Programa o estímulo a essas ações e, assim, a promoção do exercício da cidadania.

8. A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A partir de 2013, a Secretaria da Saúde da cidade de São Paulo deu início à implantação da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa idosa – RASPI, cuja principal finalidade é organizar o atendimento à população idosa, enfatizando as questões do processo de envelhecimento (fisiológico e patológico) e priorizando ações, que identifiquem as condições de fragilidade clínica e vulnerabilidade dos idosos e atuem na prevenção de agravos.

Como ponto de partida da RASPI, entendendo os conceitos e proposições do trabalho em rede e considerando a Unidade Básica de Saúde como ordenadora do cuidado em todos os ciclos de vida foi instituída a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica, a AMPI-AB (Anexo I), que consiste um importante instrumento de rastreamento e diagnóstico situacional, classificando a população idosa em três categorias: idosos saudáveis, pré-frágeis e frágeis.

A AMPI-AB foi elaborada, baseando-se na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (MS, 2006), no Caderno da Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde e está organizada em um questionário inicial com 17 perguntas com respostas auto referidas, que abrangem as principais dimensões para avaliação das condições de saúde dos idosos: sociais, físicas, cognitivas e funcionais. Sua aplicação indica, também, a utilização do Formulário de Dados Sociais e dos Testes de Rastreamento da Capacidade Funcional, a depender da necessidade detectada em cada uma das questões.

A AMPI-AB também indica fluxos e encaminhamentos e permite, à equipe da Atenção Básica, realizar um plano de cuidados específico para cada idoso, através dos dados fornecidos pelo questionário inicial e pelos testes de rastreamento.

Dessa forma, através da avaliação multidimensional, foi possível introduzir na Atenção Básica um olhar assistencial, direcionado às questões do envelhecimento. Ao mesmo tempo, a AMPI-AB constitui um instrumento importante para a gestão, pois permite diagnosticar a situação da população idosa no micro e macro território e, assim, planejar ações individuais e coletivas com maior especificidade.

Sendo assim, a AMPI-AB tornou-se o principal instrumento para identificação de necessidades e encaminhamentos para os diversos pontos da rede de atenção, inclusive para o PAI.

Com a implantação da RASPI foi necessária a aproximação com outros setores buscando o desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, principalmente com a área de desenvolvimento social.

9. PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS

A. DEFINIÇÃO

É uma modalidade de cuidado domiciliar biopsicossocial a pessoas idosas em situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade social, que disponibiliza a prestação dos serviços de profissionais da saúde e acompanhantes de idosos, para apoio e suporte nas Atividades de Vida Diárias (AVD) e para suprir outras necessidades de saúde e sociais.

B. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Desenvolver e ampliar um programa na rede municipal de saúde da cidade de São Paulo, para inclusão da população idosa dependente e socialmente vulnerável, que apresente dificuldade de acesso ao sistema de saúde e isolamento ou exclusão social devido à insuficiência de suporte familiar ou social e que contemple a assistência domiciliar e a inclusão no sistema sócio-sanitário.

Objetivos Específicos

1. Promover assistência integral à saúde da população idosa descrita, objetivando desenvolver autocuidado, manutenção ou melhoria da sua capacidade funcional e bem estar, qualidade de vida, autonomia e independência.
2. Evitar, ou adiar a institucionalização das pessoas idosas atendidas.
3. Promover a quebra do isolamento e exclusão social.
4. Formar, acompanhar e dar suporte técnico a acompanhantes de idosos (AI), para atender a população idosa descrita, em seu domicílio e/ou na cidade.
5. Integrar as redes formais e informais de atenção à pessoa idosa para fortalecimento de parcerias e obtenção de alternativas de atendimento das demandas sócio-sanitárias.

10. DIRETRIZES

O Programa Acompanhante de Idosos, política pública de saúde da cidade de São Paulo, propõe-se a responder às necessidades das pessoas idosas, que têm comprometimento de sua capacidade funcional.

Para o desenvolvimento, eficiência e eficácia das ações pertinentes ao Programa, estas diretrizes são fundamentais:

- Assegurar o acesso da pessoa idosa frágil ao sistema de saúde e aos recursos da comunidade;
- Garantir a inclusão e o acompanhamento das pessoas idosas matriculadas na Unidade de Saúde de referência;
- Propiciar a inserção social da pessoa idosa atendida na comunidade e a sua participação social;
- Respeitar o espaço de moradia da pessoa idosa, bem como os seus pertences pessoais, móveis e utilidades domésticas;
- Incentivar a autonomia e a independência da pessoa idosa atendida;
- Desenvolver uma ética de respeito e dignidade aos valores humanos e, principalmente, do respeito à individualidade da pessoa idosa;
- Respeitar os valores, costumes e crenças da população atendida, incluindo a opção religiosa;
- Oferecer suporte técnico aos familiares da população atendida;
- Oferecer aos profissionais, que não tenham conhecimento em Gerontologia, a oportunidade de atualização permanente neste campo de conhecimento;
- Desenvolver as ações do Programa na perspectiva de intervenção através de equipe interdisciplinar, assegurando a especificidade de cada um dos participantes da equipe;
- Garantir o processo de educação permanente das equipes que desenvolvem as atividades, direta e indiretamente, com a população alvo do Programa;
- Realizar atividades que garantam acompanhamento, suporte e supervisão sistemáticos dos Acompanhantes de Idosos;

- Garantir a unicidade do Programa, levando em conta as especificidades locais e regionais.

É relevante ter no Programa Acompanhante de Idosos a visão de que nem tudo que é importante para o bem estar do idoso pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico. Precisa estar atento para o fato de que nunca, quando se assiste a saúde de pessoas idosas, mesmo estando na condição de profissionais, a presença na frente do outro se resume no papel de simples aplicador de conhecimentos. Há necessidade de se articular com outros aspectos não tecnológicos. É preciso considerar a dimensão e o projeto humano dos sujeitos envolvidos. Ayres (2001) nos lembra ainda que é forçoso, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem-sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência.

A Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS, 2001), estabeleceu as normas de funcionamento de serviços de atenção à pessoa idosa no Brasil, definindo as modalidades de atendimento, respeitando as complexidades e especificidades. Para as pessoas idosas frágeis e vulneráveis, as modalidades preceituadas são: Centro de Convivência, Centro-Dia, Casa Lar, Assistência Domiciliária e Atendimento Integral Institucional.

- CENTRO DE CONVIVÊNCIA é o “espaço destinado a idosos e seus familiares, onde são desenvolvidas, planejadas e sistematizadas ações de atenção, de forma a elevar a qualidade de vida, promover a participação, a convivência social, a cidadania e a integração intergeracional”, sendo o público alvo pessoas idosas independentes.
- CENTRO-DIA é um programa de atenção integral às pessoas idosas que, por suas carências familiares e funcionais, necessitam de um local, para ficar durante o dia, evitando a institucionalização. Proporciona atendimento das necessidades básicas, reforçando o aspecto de segurança, autonomia, bem-estar e a própria socialização do idoso. Seu público alvo são pessoas idosas com algum grau de dependência e semidependentes e que necessitam de cuidados médicos e sociais. Apesar de conviverem com suas

famílias, estas não conseguem oferecer atendimento o dia todo, no domicílio. O serviço tem o objetivo de prestar atendimento às pessoas idosas através de equipe interprofissional de acordo com as necessidades dos usuários, visando melhoria de sua qualidade de vida e integração comunitária.

- CASA-LAR é uma residência participativa, destinada a idosos que estão sós, ou afastados do convívio familiar e com renda insuficiente para sua sobrevivência. Trata-se de uma modalidade de atendimento, que visa o fortalecimento da participação, organização e autonomia das pessoas idosas, utilizando, sempre que possível, a rede local de serviços. Seu público alvo são pessoas idosas independentes, ou semidependentes, com habilidades para a vida em grupo e integração na comunidade.
- ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA é aquela prestada por uma equipe interprofissional de saúde à pessoa com algum nível de dependência, com ou sem recursos, mantendo, ou não, o vínculo familiar, com vistas à permanência no próprio domicílio e reforço de vínculos familiares e de vizinhança, através de um programa individualizado, de caráter preventivo e reabilitador, com articulação de uma rede de serviços. Seu público alvo são pessoas idosas dependentes ou semidependentes.
- ATENDIMENTO INTEGRAL INSTITUCIONAL é aquele prestado em instituição asilar, prioritariamente as pessoas idosas sem família, em situação de vulnerabilidade, prestando serviços através de equipe interprofissional. São instituições com denominações diversas, para atender pessoas idosas, sob regime de internato, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado. São exemplos de denominações: abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica, ancionato.

Assim, o Programa Acompanhante de Idosos, uma política pública inovadora da cidade de São Paulo, é uma modalidade de atendimento não prevista na Portaria nº 73. Preenche lacunas de atenção a pessoas idosas dependentes e isoladas, com uma rede social de suporte precária ou inexistente. Portanto, complementa as ações desenvolvidas pelas outras modalidades da Portaria, como o Centro-Dia e a Assistência Domiciliária, que se destinam a usuários com diferentes necessidades de atendimento.

Para o Centro-Dia devem ser encaminhados usuários que necessitam de supervisão e cuidados permanentes e contínuos, cuja família não possui disponibilidade de tempo para o cuidado e não tem com quem deixar a pessoa idosa durante sua ausência, reassumindo os cuidados ao regressar.

Para a Assistência Domiciliária devem ser encaminhados usuários dependentes e acamados, que necessitam de cuidados constantes. Este necessita de cuidador, familiar ou não, que receberá suporte e apoio dos profissionais da equipe, para prover o cuidado, o mais adequado possível, às necessidades de saúde.

Dessa forma, o Programa Acompanhante de Idosos é um avanço, contribuindo para a discussão de novas possibilidades e arranjos de atenção à pessoa idosa fragilizada.

11. METODOLOGIA E OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA

O Programa Acompanhante de Idosos - PAI desenvolve-se numa unidade de saúde da Atenção Básica, preferencialmente em uma Unidade Básica de Saúde, fazendo parte, portanto, da rede de serviços em saúde e constituindo um dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa – RASPI.

Após identificação da necessidade de acompanhamento para o programa, é obrigatório que a Unidade Básica de Saúde anexe os resultados da AMPI-AB (Anexo I) ao formulário de encaminhamento.

Os resultados da realização da AMPI AB é critério obrigatório para encaminhamento das pessoas idosas pelas Unidades Básicas de Saúde para o PAI e, deverão ser indicados na Ficha de encaminhamento para o PAI (Anexo II). Os dados da AMPI AB do encaminhamento deverão ser devidamente preenchidos no Cadastro (Anexo III), a partir dos dados fornecidos pelas UBSs.

A metodologia e a operacionalização do trabalho devem obedecer, aos seguintes passos:

1. Constituição da Equipe de Trabalho, composta pelos profissionais que serão os executores das ações e que terão funções bem estabelecidas;
2. Inserção da Equipe de Trabalho na Unidade de Saúde onde as atividades serão desenvolvidas;
3. Garantia de espaço físico adequado (sala) para a equipe do Programa dentro da Unidade de Saúde e de equipamentos necessários para o desenvolvimento das ações pertinentes;
4. Identificação do território geográfico de abrangência do Programa, respeitando-se a orientação de que o tempo de deslocamento do acompanhante não ultrapasse 60 minutos entre ida e volta;

5. Identificação e cadastramento das pessoas idosas, que serão potenciais beneficiárias do Programa e que residem na área de abrangência do Programa, com preenchimento do Cadastro (Anexo III);
6. Avaliação inicial (Anexo IV) da situação de saúde e da condição social da pessoa cadastrada, para possível inclusão no Programa, desde que preencha os critérios de inclusão definidos e que haja concordância da pessoa idosa, ou do responsável legal, se houver impedimento;
7. A inclusão no Programa, sempre que possível, será compartilhada com a família ou representante (cuidador informal) para que exista coresponsabilidade no acompanhamento, respeitando a autonomia da pessoa idosa;
8. Preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo XV) e do Termo de Empréstimo de Equipamento (Anexo XIV) com as devidas assinaturas;
9. Preenchimento da Avaliação Inicial (Anexo IV) e elaboração do Plano de Cuidados da Equipe Técnica e Acompanhante de Idosos (Anexo IX);
10. Preenchimento da Ficha Sumário (Anexo VIII) a ser anexada no prontuário do PAI e da Ficha Resumo do Acompanhamento para o Prontuário da UBS (Anexo XI) com os dados da pessoa idosa e seu Plano de Cuidados no Programa a ser incorporada ao prontuário da UBS de referência;
11. Introdução da Equipe de Trabalho na residência do usuário, com apresentação do Acompanhante designado e início das suas funções e ações, de acordo com o Plano de Cuidados estabelecido e o Termo de compromisso - Acompanhante de Idosos, assinado pelo mesmo (Anexo XVII).
12. Cada visita realizada pelo Acompanhante de Idosos deverá ser anotada no Registro de Visita Domiciliar (Anexo V);

13. Elaboração pelos Acompanhantes de Idosos de relatórios periódicos a respeito do desenvolvimento do Plano de Cuidados de todos os usuários sob seus cuidados profissionais. É de suma importância o registro sistemático das intervenções realizadas pela equipe de trabalho com a pessoa idosa na Ficha de Evolução (Anexo XII);
14. Na necessidade de troca do acompanhante de Idosos pelo Programa a coordenação do mesmo deverá comunicar a pessoa idosa, familiar ou responsável as razões da mudança do profissional e solicitar a leitura e assinatura do Comunicado de Alteração do Acompanhante de Idosos (Anexo XIII);
15. Acompanhamento e avaliação constante das ações, por meio de reuniões periódicas da Equipe Técnica com os Acompanhantes, para discussão de cada caso, com análise do desenvolvimento dos Planos de Cuidados, inclusive das situações não previstas inicialmente para o preenchimento da Reavaliação do Plano de Cuidados do Acompanhante de Idosos (Anexo X) quando necessário;
16. Educação permanente dos Acompanhantes de Idosos, com discussões sobre temas relacionados ao envelhecimento e ao cuidado de pessoas idosas dependentes e fragilizadas;
17. Suporte técnico-administrativo e emocional à Equipe de Trabalho e, em especial, aos Acompanhantes de Idosos, através de articulação com a rede;
18. Preenchimento dos indicadores de Monitoramento e dos dados de Avaliação do Programa, na periodicidade pactuada com a Secretaria Municipal da Saúde e definidas nos Formulários das Estratégias de Monitoramento e Avaliação do PAI.
19. Desligamento gradual ou Alta do Programa, caso o usuário preencha os Critérios de Desligamento / Alta definidos.

20. Encaminhamento do usuário desligado do Programa para a Unidade de Saúde de origem através do Registro de Alta (Anexo XVI) ;

21. Fornecimento de um serviço de transporte com motorista para cada equipe, cuja forma de contrato é definida de acordo com a modalidade contratual do serviço autorizada pela SMS (ver Anexo XV).

12. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, DESLIGAMENTO E ALTA

A. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para inclusão no Programa, a pessoa idosa deverá ter idade igual ou superior a 60 anos, residir na área de abrangência e apresentar pelo menos um dos critérios abaixo relacionados, observados na Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI-AB) realizada pela UBS:

- Dependência funcional nas Atividades da Vida Diária (AVD's), decorrentes de agravos à saúde;
- Mobilidade reduzida;
- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde;
- Insuficiência no suporte familiar e social;
- Isolamento ou exclusão social;
- Risco de institucionalização;

Observação: Pessoas idosas com alto grau de dependência, ou que necessitem de monitoramento constante, mas possuem cuidador familiar, poderão ser incluídas no Programa pela Equipe Técnica, principalmente para atendimento e suporte a esse cuidador, situação na qual o Acompanhante poderá permitir descanso, tratamento, ou atividades pessoais do mesmo, durante os momentos em que necessitar ausentar-se do domicílio.

O PAI deve considerar a possibilidade de inclusão e acompanhamento de pessoas idosas acamadas, não devendo 10% do total de usuários de cada serviço.

B. CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO / ALTA

- A pedido do usuário do Programa;
- Recuperação de autonomia e independência;
- Se a família assume os cuidados;
- Institucionalização;
- Mudança de região;
- Óbito.

- Não adesão às diretrizes e orientações do Programa, tais como:
 - Ausentar-se deliberadamente da residência nos dias de atendimento, de forma contínua, seguida ou intercalada, por 5 visitas, após ter sido orientado pela Equipe Técnica,
 - Má aderência ao programa, não seguindo as orientações fornecidas, tendo ciência que isso impossibilita a prevenção, manutenção ou recuperação de sua saúde e a não obtenção de ganhos com o programa;
 - Não aceitar o Programa em sua totalidade, com priorização de apenas algumas ações.

Observação:

O desligamento deverá ser sempre realizado de forma gradual.

Considerando a UBS como ordenadora do cuidado e que um dos objetivos do programa é a reinserção ou manutenção do idoso no sistema de saúde, as altas deverão ser compartilhadas com a UBS.

Deverá ser feita a atualização da AMPI-AB pela equipe do PAI e a pessoa idosa encaminhada para a UBS com agendamento ao profissional da equipe de referencia. O PAI encaminhará o Registro de Alta, resumo da AMPI-AB e informações do idoso sobre o período de acompanhamento da equipe do PAI, bem como os resultados do acompanhamento e exames avaliações realizados de acordo com o Plano de Cuidados.

Caso a pessoa idosa recuse o atendimento do programa, a equipe deverá informar a UBS de referencia, comunicando o desligamento e a impossibilidade da atualização dos dados acima mencionados.

13. RESPONSABILIDADES

Para o bom desempenho do Programa Acompanhante de Idosos são necessários a divisão de responsabilidades e o estabelecimento de comunicação entre as partes. As responsabilidades dos principais envolvidos no programa são as seguintes:

A. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS - SP

- Estabelecer os princípios e as diretrizes do Programa Acompanhante de Idosos;
- Planejar e executar a dotação orçamentária para o desenvolvimento do Programa;
- Garantir a implementação e implantação do Programa nas diversas regiões do município de São Paulo;
- Encaminhar os procedimentos administrativos necessários para implementação, implantação e avaliação do Programa;
- Coordenar a execução do Programa nas diversas regiões em que ele estiver sendo desenvolvido (Coordenação Geral do Programa Acompanhante de Idosos);
- Realizar acompanhamento, monitoramento e supervisão técnica do Programa;
- Efetuar o pagamento as organizações sociais e promover a prestação de contas das despesas.

B. COORDENADORIAS / SUPERVISÕES DE SAÚDE

- Propiciar condições favoráveis para a implantação, desenvolvimento e avaliação do Programa Acompanhante de Idosos em todas as fases de execução;
- Favorecer a interlocução entre a Coordenação do Programa, a Gerência da Unidade e demais parceiros envolvidos;
- Oferecer infraestrutura física e material permanente para o recebimento e instalação da Equipe de Trabalho, propiciando condições satisfatórias para o desenvolvimento das atividades;
- Garantir fornecimento de insumos e material de consumo, propiciando condições satisfatórias para o desenvolvimento das atividades;
- Realizar acompanhamento, monitoramento e supervisão técnica do Programa na sua região;
- Avaliar e aprovar o Plano de Trabalho anual das instituições parceiras;
- Oferecer suporte técnico para casos que necessitem de intervenção do Ministério Público.

C. INSTITUIÇÕES PARCEIRAS

- Elaborar anualmente o Plano de Trabalho para a execução do Programa Acompanhante de Idosos, contemplando as despesas necessárias ao bom desenvolvimento do Programa, de acordo com o Termo de Convênio. Caso haja necessidade de alterações, elaborar um termo aditivo para as parcerias regidas por esta modalidade;
- Elaborar anualmente o Plano de Trabalho para a execução do Programa Acompanhante de Idosos, contemplando as despesas necessárias ao bom

desenvolvimento do Programa. Caso haja necessidade de alterações, elaborar um termo aditivo, para as parcerias regidas pela modalidade Contrato de Gestão;

- Ser responsável pela seleção, contratação, acompanhamento e rescisão do contrato de toda a Equipe de Trabalho do Programa, estabelecendo com eles o vínculo empregatício e recebendo, para isso, a verba destinada pela Secretaria Municipal da Saúde, através de Termo de Convênio ou Contrato de Gestão, estabelecidos para esse fim;
- Acompanhar e oferecer apoio técnico aos profissionais do Programa Acompanhante de Idosos, nas equipes sob sua responsabilidade;
- Estabelecer Supervisão Técnica sistemática para acompanhar as atividades das equipes do Programa sob sua responsabilidade;
- Elaborar e entregar relatórios técnicos, financeiros e Formulários das Estratégias de Monitoramento e Avaliação do Programa sob sua responsabilidade, na periodicidade estabelecida pela Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa de SMS, como também pelo Termo de Convênio ou no Contrato de Gestão;
- Realizar a prestação de contas à Secretaria Municipal da Saúde;
- Participar de reuniões nos níveis central, regional e local da Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo, para resolver questões pertinentes ao desenvolvimento da implantação e gerenciamento do Programa nas diversas áreas da cidade sob sua responsabilidade;
- Buscar parcerias na rede local de serviços, para integrar e complementar as ações do Programa, em conjunto com a gerência da Unidade de Saúde e de outras instâncias da SMS;

- Obedecer às diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme as políticas públicas de saúde da Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo.

D. UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A Unidade Básica de Saúde - UBS é a porta de entrada dos casos passíveis de inclusão no Programa sendo encaminhados juntamente com AMPI-AB para avaliação da Equipe Técnica do PAI, sendo responsável por:

- Acompanhar o desenvolvimento das ações do Programa Acompanhante de Idosos, que deve estar inserido no organograma da Unidade;
- Estabelecer a relação técnico-administrativa com a SMS, a Instituição Parceira e a Coordenação Geral do Programa;
- Discutir e acompanhar os casos, em conjunto com a Equipe de Trabalho do Programa, de acordo com as necessidades;
- Articular na unidade de origem do usuário a busca de respostas para as necessidades e demandas trazidas pela Equipe Técnica do PAI, sendo corresponsável pelo caso;
- Realizar reuniões regulares com a Equipe de Trabalho do Programa, para compartilhar as ações de acordo com a organização e disponibilidade de cada serviço;
- Disponibilizar informações referentes ao perfil do território;
- Participar das reuniões gerais do Programa Acompanhante de Idosos.

E. EQUIPE DE TRABALHO DO PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS

A Equipe de Trabalho do Programa Acompanhante de Idosos deverá estar vinculada às unidades de saúde, compartilhando as ações desenvolvidas. Será composta por 1 Coordenador(a), 1 Médico(a), 1 Enfermeiro(a), 2 Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, 1 Auxiliar Administrativo e 10 Acompanhantes de Idosos. Dentro da Equipe de Trabalho, o(a) Coordenador(a), o(a) Médico(a) e o(a) Enfermeiro(a) constituirão a Equipe Técnica de cada unidade do Programa.

Na implantação do Programa em unidades de Estratégia Saúde da Família – ESF foi necessário uma adaptação no modelo inicial, mantendo o Assistente Social como articulador das ações dos Acompanhantes de Idosos com os profissionais médicos e de enfermagem facilitando o trabalho conjunto e a qualidade.

São necessárias e importantes a capacitação e a sensibilização da equipe da ESF no atendimento específico da pessoa idosa acompanhada pelo PAI.

Cada Equipe Técnica do Programa tem como atribuições:

- Desenvolver as ações do Programa Acompanhante de Idosos, respeitando a área de abrangência;
- Avaliar a inclusão dos casos novos, encaminhados pelas unidades de saúde da área de abrangência, por outros serviços, ou através de busca ativa e demanda espontânea;
- Realizar a inclusão dos casos novos, conforme critérios estabelecidos no Programa, obedecendo a meta pactuada;
- Aplicar os questionários de Avaliação Inicial e Reavaliação da Complexidade Situacional (Anexos VI e VII), o Termo de consentimento (Anexo XV), assim

como elaborar e reavaliar periodicamente o Plano de Cuidados da Equipe Técnica e do Acompanhante de Idosos (Anexos XIX e X);

- Realizar articulação com as Unidades de Saúde que possuem usuários vinculados ao Programa, com o objetivo de discutir os casos e realizar o acompanhamento, administrar as dificuldades existentes tanto para encaminhamento das situações levantadas, quanto para garantir os objetivos do Programa;
- Organizar agenda e planejamento das ações locais do Programa Acompanhante de Idosos;
- Realizar o monitoramento, a sistematização e a informação dos dados referentes às ações locais do Programa;
- Articular com instituições e recursos comunitários a viabilização de rede local de suporte social;
- Documentar lições aprendidas e experiências exitosas das ações locais do Programa;
- Realizar reuniões técnicas semanais com a Equipe de Trabalho, com o intuito de discutir resultados positivos e negativos, bem como os encaminhamentos propostos;
- Registrar informações sobre os serviços prestados através de prontuários e relatórios;
- Participar das reuniões gerais das Unidades de Saúde da sua área de abrangência.

14. ATRIBUIÇÕES E PERFIS DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA

A. COORDENADOR (A) DA EQUIPE DE TRABALHO

1. ATRIBUIÇÕES:

- Representar a Equipe de Trabalho em reuniões técnicas na Secretaria Municipal de Saúde, em eventos e atividades relativas ao Programa Acompanhante de Idosos;
- Garantir as diretrizes, metodologia e metas do Programa na área sob sua responsabilidade;
- Coordenar o desenvolvimento do Programa na sua área de abrangência;
- Promover o estabelecimento de parcerias, visando ampliar a rede de serviços para atendimento a pessoa idosa, bem como promover ações que visem à inclusão dos usuários na vida comunitária, para formação da rede de apoio;
- Facilitar a integração familiar e o fortalecimento de vínculos, realizando intervenções com famílias e cuidadores, num trabalho interdisciplinar, quando necessário;
- Estabelecer contato com a rede de proteção às pessoas idosas, articulando ações conjuntas e encaminhamentos para garantia de direitos, tendo como diretrizes a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso;
- Realizar contato com familiares da pessoa idosa, buscando aproximação e evitando o abandono, em conjunto com a rede sócio jurídico sanitária;
- Organizar e participar das atividades para inserção da pessoa idosa na comunidade, através de passeios e eventos e de serviços destinados a esses usuários, estimulando a independência e preservando a autonomia;

- Orientar, estimular e propiciar a participação da pessoa idosa, cuidadores e familiares, no planejamento e avaliação das ações do Programa;
- Promover espaços de articulação coletiva, como: redes de proteção e de direitos, fóruns locais e movimentos sociais que reflitam questões pertinentes ao processo de envelhecimento;
- Realizar a interface entre a Instituição Parceira e as Unidades de Saúde da área de abrangência e demais serviços, reportando-se às suas gerências e equipes técnicas, trabalhando de forma interdisciplinar e promovendo a sua integração;
- Acompanhar as atividades da Equipe de Trabalho do Programa, sendo responsável pela administração do Programa e gestão da equipe;
- Realizar a supervisão e educação permanente da Equipe de Trabalho, compartilhando com os outros membros da Equipe Técnica;
- Realizar, juntamente com os demais membros da equipe técnica, visita domiciliar para aplicação do questionário de avaliação inicial e avaliações periódicas da pessoa idosa para a elaboração e revisão do Plano de Cuidados, discutindo, quando necessário, com a Unidade de Saúde;
- Articular reuniões para matriciamento e gestão compartilhada com os profissionais dos equipamentos e serviços do território em que a pessoa idosa estiver sendo acompanhada;
- Realizar reuniões periódicas para discussão administrativa com a Equipe de Trabalho, ou de acordo com as necessidades;
- Realizar reuniões semanais com a equipe de trabalho;

- Elaborar relatórios sociais e encaminhamentos, de acordo com a necessidade de cada usuário do Programa;
- Manter atualizadas as informações sobre o andamento das ações realizadas no Programa;
- Compor a equipe interdisciplinar, participando das intervenções necessárias ao cumprimento dos objetivos do Programa e da rotina do trabalho, realizando visitas domiciliares, abordagens com familiares/cuidadores, rede de apoio a fim de favorecer a integração da pessoa idosa na comunidade;
- Garantir, em caso de emergência e urgência, acionamento de ambulância (SAMU), independente da recusa do idoso ou familiar;
- Realizar o controle, a sistematização e a informação dos dados referentes ao Programa garantindo sua análise quantitativa e qualitativa, cumprindo os prazos estabelecidos;
- Garantir avaliações periódicas dos indicadores do Programa, por meio dos instrumentais propostos;
- Apresentar a produção mensal da Equipe de Trabalho para inclusão nos sistemas de informação da SMS;
- Contribuir tecnicamente para a produção do conhecimento de forma a agregar novos saberes e tecnologias que favoreçam o escopo do envelhecimento;
- Organizar em conjunto com o(a) auxiliar administrativo e a enfermagem a logística do transporte.

2. PERFIL

- Possuir graduação completa em Serviço Social com registro ativo no Conselho Regional de São Paulo;

- Possuir dois anos de experiência em Saúde Pública ou em Saúde da Pessoa Idosa;
- Possuir especialização na área de Gerontologia (desejável);
- Possuir habilidades de gerenciamento e coordenação com características pessoais de liderança participativa, criatividade, comunicação e iniciativa;
- Possuir habilidades diplomáticas, capacidade de se relacionar com os diversos níveis hierárquicos e aptidão para interagir na rede de atenção.

B. ENFERMEIRO(A)

1. ATRIBUIÇÕES:

- Realizar, juntamente com os demais membros da equipe técnica, visita domiciliar para aplicação do questionário de avaliação inicial e avaliações periódicas da pessoa idosa para a elaboração e revisão do Plano de Cuidados, discutindo, quando necessário, com a Unidade de Saúde;
- Promover a capacitação da equipe, incluindo o motorista quando necessário, para o transporte de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida;
- Realizar interface com os profissionais das Unidades de Saúde e demais serviços onde a pessoa idosa estiver em acompanhamento contribuindo com o matriciamento;
- Atuar em conformidade com as normas e rotinas e demais protocolos de Enfermagem da SMS;
- Contribuir tecnicamente para a produção do conhecimento de forma a agregar novos saberes e tecnologias que favoreçam o escopo do envelhecimento;

- Participar da supervisão das ações desenvolvidas pelos Acompanhantes de Idosos;
- Realizar a supervisão dos (as) Auxiliares/Técnicos de Enfermagem;
- Realizar a educação permanente da Equipe de Trabalho, compartilhando com os outros membros da Equipe Técnica;
- Ter conhecimento e utilizar os recursos disponíveis da rede sócio jurídico sanitária;
- Participar das reuniões semanais com a equipe de trabalho;
- Realizar contato com familiares da pessoa idosa, buscando aproximação e evitando o abandono, em conjunto com a Equipe de Trabalho;
- Organizar e participar das atividades para inserção da pessoa idosa na comunidade, através de passeios e eventos e de serviços destinados a esses usuários, estimulando a independência e preservando a autonomia;
- Garantir, em caso de emergência e urgência, acionamento de ambulância (SAMU);
- Registrar as ações realizadas, bem como supervisionar o registro das ações realizadas pelos (as) Auxiliares/Técnicos de Enfermagem;
- Programar e avaliar as visitas domiciliares da Equipe de Enfermagem do Programa;
- Participar de atividades junto à Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo e junto às instituições parceiras, quando solicitado;

- Representar a equipe em reuniões, capacitações e outras atividades, quando solicitado pelo coordenador;
- Organizar em conjunto com o(a) coordenador(a) e o(a) auxiliar administrativo(a) a logística do transporte.

2. PERFIL

- Possuir graduação em Enfermagem com registro ativo no Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN;
- Possuir experiência na área de Envelhecimento (desejável);
- Possuir especialização na área de Gerontologia (desejável).
- Possuir experiência anterior na área da saúde, com visão social ou de cuidados com pessoas idosas.

C. AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1. ATRIBUIÇÕES

- Realizar, sob supervisão do Enfermeiro, ações relativas à vigilância do estado de saúde da pessoa idosa, quais sejam, observar o estado geral, verificar os sinais vitais, pesquisar novas queixas;
- Realizar, no domicílio, procedimentos de menor complexidade, como coleta de exames laboratoriais, curativos, organização e administração de medicamentos, conforme a prescrição e de acordo com o plano de cuidados elaborado pelo (a) Enfermeiro(a);
- Oferecer orientações ao cuidador familiar, caso exista, sobre a higiene da pessoa idosa, do leito e do ambiente e, se necessário, auxiliar no banho;

- Participar das atividades para inserção da pessoa idosa na comunidade, através de passeios e eventos e de serviços destinados a esses usuários, estimulando a independência e preservando a autonomia;
- Garantir, em caso de emergência e urgência, acionamento de ambulância (SAMU), comunicando, imediatamente após, a equipe técnica do programa;
- Auxiliar, quando solicitado, no transporte de usuários;
- Elaborar relatório de visitas.

2. PERFIL

- Possuir curso de Auxiliar ou Técnico de Enfermagem com registro ativo no Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN ;
- Possuir, se possível, experiência anterior no cuidado de idosos.

D. MÉDICO (A)

1. ATRIBUIÇÕES

- Realizar, juntamente com os demais membros da equipe técnica, visita domiciliar para aplicação do questionário de avaliação inicial e avaliações periódicas da pessoa idosa para a elaboração e revisão do Plano de Cuidados, discutindo, quando necessário, com a Unidade de Saúde;
- Realizar Avaliação Geriátrica Abrangente, conforme documento norteador do PAI, de todos os usuários incluídos no programa com revisão periódica sempre que necessário;
- Compôr a Equipe de Trabalho do Programa e ter habilidade para trabalhar em equipe interprofissional, colaborando na construção do trabalho;

- Ter conhecimento e fazer uso necessário da rede de atenção à saúde;
- Ter disponibilidade para trabalhar conforme o perfil do território: conhecer, diagnosticar, intervir e avaliar a prática cotidiana, de acordo com as necessidades da população alvo;
- Realizar em conjunto com outros membros da equipe técnica a supervisão da prática dos Acompanhantes de Idosos;
- Realizar em conjunto com outros membros da equipe técnica a educação permanente da Equipe de Trabalho;
- Realizar visitas domiciliares para o atendimento clínico aos usuários matriculados no Programa, de acordo com as necessidades estabelecidas pelo Plano de Cuidados, ou identificadas durante o acompanhamento da Equipe de Trabalho;
- Fornecer atestado de óbito das pessoas usuárias do Programa que falecerem no domicílio, no horário de funcionamento do serviço, desde que esteja em acompanhamento há pelo menos sessenta dias, tenha sido visitado nos últimos trinta dias e o profissional certifique a causa do óbito;
- Preencher os impressos preconizados pelo Programa como o prontuário médico e as fichas de avaliação;
- Atender as demandas do Ministério Público sempre que o Programa for solicitado, realizando visita domiciliar e elaborando laudo avaliativo;
- Garantir, em caso de emergência e urgência, acionamento de ambulância (SAMU). Se a emergência ocorrer durante a visita domiciliar, realizar o atendimento inicial;

- Realizar interface com os profissionais das Unidades de Saúde e demais serviços onde a pessoa idosa estiver em acompanhamento;
- Participar das reuniões semanais com a equipe de trabalho;
- Realizar ações com familiares da pessoa idosa, buscando aproximação e evitando o abandono, em conjunto com a equipe de trabalho;
- Participar das atividades para inserção da pessoa idosa na comunidade, através de passeios, eventos e serviços destinados a esses usuários, estimulando a independência e preservando a autonomia;
- Representar a equipe em reuniões, aulas e outras atividades, quando solicitado pelo coordenador, no horário de trabalho;
- Participar de ações intersetoriais com outras secretarias do poder público e outros órgãos da sociedade civil, bem como com outros equipamentos de saúde, quando solicitado;
- Contribuir tecnicamente para a produção do conhecimento de forma a agregar novos saberes e tecnologias que favoreçam o escopo do envelhecimento.

2. PERFIL

- Possuir graduação em Medicina com registro ativo no Conselho Regional de Medicina de São Paulo;
- Possuir experiência na área de Saúde do Idoso (desejável);
- Possuir especialização na área de saúde do idoso – Geriatria (desejável);
- Possuir habilidade para atender pessoas idosas, inclusive as portadoras de incapacidades graves e crônicas e em situação de vulnerabilidade social e fragilidade;

- Possuir habilidade para o atendimento domiciliar;
- Possuir conhecimento em gerenciamento de cuidados.

E. AUXILIAR ADMINISTRATIVO (A)

1. ATRIBUIÇÕES

- Compor a equipe de trabalho colaborando na sustentação do Programa;
- Executar as rotinas administrativas conforme as diretrizes do Programa e orientação do Coordenador;
- Efetuar ações necessárias para agilizar e dar encaminhamentos quando solicitado pela equipe técnica;
- Consolidar e registrar os dados no sistema de informação, cumprindo os prazos estabelecidos;
- Organizar e manter disponível aos profissionais a documentação do Programa;
- Colaborar na logística das capacitações da equipe de trabalho;
- Representar a unidade em reuniões, capacitações e outras atividades, quando solicitado pelo coordenador;
- Organizar em conjunto com o(a) coordenador(a) e a enfermagem a logística do transporte.

2. PERFIL

- Ter, no mínimo, ensino médio completo;

- Possuir habilidade para o uso de processador de texto, planilhas e outros recursos de informática.

F. ACOMPANHANTE DE IDOSOS

1. ATRIBUIÇÕES

- Realizar acompanhamento domiciliar da população idosa incluída no Programa;
- Desenvolver ações de prevenção de agravos e promoção à saúde, visando à melhoria da situação de saúde da população idosa usuária do Programa;
- Desenvolver as atividades, em conjunto com as Unidades de Saúde do território, de acordo com o Plano de Cuidados da pessoa idosa atendida no Programa;
- Estar junto e oferecer companhia e apoio aos idosos usuários, através da escuta, de conversas e de atividades externas, de lazer e comunitárias, respeitando os valores, as crenças e a privacidade da pessoa atendida;
- Oferecer ajuda nos cuidados à saúde, como exercícios físicos e respiratórios, conforme orientação de profissional habilitado;
- Acompanhar a pessoa idosa, caso necessário, em consultas, exames, atividades de reabilitação, grupos terapêuticos e outras atividades relacionadas ao seguimento à saúde;
- Monitorar o uso correto da medicação prescrita pelo médico, como também observar as datas de retornos às consultas;
- Realizar ações no cuidado doméstico relacionados com a higiene ambiental e pessoal, quando necessário, observando os fatores de risco à saúde e à

integridade física e buscando alternativas de solução e de acordo com o Plano de Cuidados;

- Realizar atividades externas, de acordo com o Plano de Cuidados, como por exemplo: passeios, ida a supermercado, farmácia, benefício social, banco, atividades comunitárias e outras;
- Contribuir com a articulação dos recursos existentes na comunidade para criação de rede de apoio ao usuário;
- Promover a independência e autonomia do usuário, estimulando a participação e decisão nas atividades da vida diária, de auto cuidado, de lazer e comunitárias;
- Incentivar a inserção do usuário nas atividades e serviços da comunidade, estimulando a independência e preservando a autonomia;
- Informar a Equipe Técnica do Programa a respeito de qualquer intercorrência biopsicossocial, envolvendo a pessoa idosa;
- Apoiar os cuidadores e/ou familiares na atenção à pessoa idosa;
- Verificar a ocorrência de violência e maus tratos e, caso encontrados, comunicar à Unidade da Saúde (UBS/PSF) e à Equipe de Trabalho do Programa para realização da notificação em documento específico;
- Participar das reuniões periódicas com a Equipe Técnica do Programa para discussão de casos;
- Registrar e entregar relatórios de acompanhamento e produtividade, na periodicidade estabelecida.

2. PERFIL

- Ter, no mínimo, nível fundamental completo e preferencialmente nível médio completo;
- Ser afetivo e paciente no cuidado da pessoa idosa;
- Possuir facilidade de comunicação verbal e escrita, além de habilidade para leitura e cálculo;
- Ter disponibilidade de 40 horas semanais, flexíveis, de segunda-feira a sábado, de acordo com a necessidade do Plano de Cuidados;
- Possuir habilidade e disponibilidade para auxiliar nas tarefas básicas de uma residência, quando necessário (limpar, cozinhar, lavar, comprar e outras);
- Possuir habilidade e disponibilidade para realizar tarefas da vida cotidiana (banco, transporte, atividades comunitárias e outras);
- Ter interesse em desenvolver novas habilidades e conhecimentos;
- Residir, preferencialmente, na área de abrangência da unidade do Programa onde irá trabalhar.

G - ATRIBUIÇÕES E PERFIS COMUNS DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE TRABALHO

1- ATRIBUIÇÕES

- Participar das reuniões semanais com a equipe de trabalho;
- Participar de atividades junto à Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo e às instituições parceiras, quando solicitado;
-

- Participar de atividades de ensino e pesquisa sobre a temática do envelhecimento humano e dos atendimentos realizados pelo PAI, bem como apresentação de trabalhos em eventos e publicações científicas;
- Trabalhar de acordo com as diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde), conforme as políticas públicas de saúde da Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo.

2- PERFIS

- Possuir habilidade para o contato com pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social e fragilidade clínica e com seus familiares, ou cuidadores e com profissionais de outros serviços;
- Possuir características pessoais de comunicação, criatividade, pro atividade, paciência, perseverança, resiliência, comprometimento com o Programa e promoção da cultura de paz;
- Possuir habilidade para trabalhar em equipe interdisciplinar.

H - MOTORISTA

A forma de contratação de motorista e veículo será definida de acordo com o Termo de Convenio/ Contato de Gestão.

Nos casos em que o motorista é contratado diretamente pela instituição parceria, inclusive utilizando o carro da mesma, se aplicam as atribuições abaixo.

1. ATRIBUIÇÕES

- Conduzir o veículo do programa PAI em deslocamentos municipais, em dias e horários já definidos na agenda na companhia de pelo menos um membro da equipe de trabalho;
- Auxiliar, quando solicitado, no transporte de idosos com deficiência ou mobilidade reduzida;

- Manter o veículo sob sua responsabilidade, em perfeito estado e satisfatórias condições de funcionamento, comunicando ao Setor responsável, a ocorrência de qualquer irregularidade;
- Comunicar ocorrências de fatos e avarias relacionadas com o veículo sob sua responsabilidade;
- Manter o veículo convenientemente abastecido e higienizado;
- Preencher, a cada saída, o formulário de Atividade de Veículo, com rotas realizadas;
- Permanecer no posto de serviço, à disposição da equipe PAI e atender as tarefas solicitadas pela coordenação do programa;
- Ser pontual no atendimento às solicitações de saída para executar as tarefas que lhe forem atribuídas;
- Manter a cordialidade no trato com os usuários e colegas de trabalho;
- Vistoriar o veículo utilizado, verificando o estado geral de segurança do veículo a ele confiado, devendo diariamente inspecionar os componentes que impliquem em segurança, tais como: cinto de segurança, pneus, nível de combustível, água e óleo do cárter, freios e parte elétrica, dentre outros, para certificar-se de suas condições de funcionamento, além de conduzi-lo para lavagem, oficina e abastecimento, quando necessário;
- Trajar-se de acordo com o local de trabalho, usando roupas condizentes com o ambiente de trabalho, sendo vedado o uso de bermudas, calções, camiseta regata, chinelos, bonés entre outros que possam a vir a comprometer a imagem da instituição.

2. PERFIL

- Possuir habilitação categoria B;
- Ter, no mínimo, ensino médio fundamental;

- Ter, preferencialmente capacitação em técnicas de transporte de pessoas com mobilidade reduzida e, caso não tenha a capacitação, deverá receber capacitação em serviço pela equipe técnica do programa;
- Possuir habilidade para o contato com pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social e fragilidade clínica e com seus familiares, ou cuidadores;
- Possuir experiência na função de motorista comprovada em CTPS e ter conhecimento de itinerários para circular na cidade de São Paulo;
- Possuir criatividade, iniciativa e habilidade para o trabalho em equipe.

I. SUPERVISOR DAS INSTITUIÇÕES PARCEIRAS

1. ATRIBUIÇÕES

- Representar a Instituição em reuniões técnicas na Secretaria Municipal de Saúde, em eventos e atividades relativas ao Programa Acompanhante de Idosos;
- Assessorar na implantação e manutenção das equipes do Programa;
- Mediar e fortalecer relações pessoais, interpessoais, grupais e intergrupais;
- Desenvolver habilidades e reconhecer potenciais das equipes;
- Divulgar ações das equipes;
- Manter a equipe informada sobre novas orientações e diretrizes;
- Realizar a Interface com poder público – Gerências, Interlocação, Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde de SMS;
- Auxiliar na articulação de rede social de proteção ao usuário;
- Fomentar parcerias;

- Estimular a formação de grupos de trabalho, visando aprimoramento profissional, e a relação teoria – prática;
- Fomentar e articular eventos que estimulem o convívio comunitário;
- Oferecer suporte para área administrativa no que se refere à produção e metas;
- Planejar e realizar programas de educação continuada;
- Acompanhar orçamento, compras, prestação de contas, de acordo com o Plano de Trabalho da Instituição;
- Acompanhar processos seletivos da Equipe de Trabalho do Programa;
- Auxiliar na supervisão e acompanhamento de casos específicos, que necessitem de intervenção e que extrapolem a capacidade resolutive da equipe de trabalho, realizando visitas domiciliares, se necessário;
- Desenvolver tecnologias que contribuam para o aprimoramento do Programa;
- Qualificar resultados e informações, analisar impactos e verificar obstáculos, contribuindo para elaboração de relatórios e revisão de processo de trabalho;
- Participar de atividades junto à Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo e às instituições parceiras, quando solicitado;
- Trabalhar de acordo com as diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde), conforme as políticas públicas de saúde da Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo.

2. PERFIL

- Possuir nível universitário completo;
- Possuir conhecimento da rede de atenção da saúde e da assistência social;
- Possuir habilidade, para trabalhar em equipe interdisciplinar;
- Possuir habilidade para mediação de conflito, relações interpessoais, liderança e criatividade.

15. CARGA HORÁRIA

Para o bom desenvolvimento do Programa é necessário estabelecer os parâmetros de carga horária dos diferentes profissionais, que compõem a Equipe de Trabalho.

A carga horária, para as equipes no formato original do programa, será de 40 horas semanais para os seguintes profissionais:

- a. Supervisor (a) da Instituição Parceira
- b. Coordenador (a) da Equipe de Trabalho
- c. Enfermeiro (a)
- d. Auxiliar de Enfermagem
- e. Auxiliar Administrativo
- f. Acompanhante de Idosos

Para os profissionais médicos, a carga horária é de 20 horas semanais.

Para as equipes de formato diferenciado, a carga horária será atribuída conforme o plano de trabalho proposto.

A carga horária de trabalho não poderá exceder aquelas previstas legalmente pelas Entidades de Classe, às quais os profissionais estão vinculados.

É responsabilidade das Instituições Parceiras o acompanhamento do cumprimento dessas cargas horárias.

16. PLANO DE CUIDADOS

A inclusão do usuário no Programa Acompanhante de Idosos está condicionada ao levantamento do seu perfil, com conseqüente elaboração de um Plano de Cuidados. Este Plano é o instrumento sustentador e dinâmico do Programa e tem como principal objetivo, definir as ações que são desenvolvidas pela Equipe de Trabalho em relação à pessoa idosa atendida, podendo ser alterado, de acordo com as necessidades e evolução da situação.

Na avaliação inicial, será aplicado um questionário diagnóstico (Anexo II Ficha de Avaliação Inicial). Este instrumental levará em conta:

- Diagnósticos clínicos;
- Uso de medicação;
- Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa – AMPI-AB (feita na UBS)
- Necessidade de consultas, seguimentos e procedimentos;
- Condições de higiene pessoal e ambiental;
- Condições socioeconômica e familiar;
- Fatores ambientais de risco;
- Isolamento social;
- Suporte social.

De acordo com o perfil identificado será elaborado o Plano de Cuidados para a Equipe de Trabalho, conforme Formulários Padronizados.

Para definir o número de visitas semanais, considera-se, inicialmente, a Complexidade Situacional: a Capacidade Funcional, o Suporte Social e Familiar e a Autonomia (Anexo VI - Avaliação da Complexidade Situacional).

Tendo em vista que o Plano de Cuidados é estabelecido de acordo com as necessidades gerais da pessoa idosa, a complexidade do quadro de saúde não é o único fator determinante, para estabelecer o nível do Plano.

A somatória dos fatores da Complexidade Situacional com a avaliação da Equipe Técnica e a disponibilidade da pessoa idosa em receber os profissionais, determinará a classificação do Plano de Cuidados nos seguintes níveis:

- Plano de cuidados simples – visita/ações de um ou mais profissionais da equipe, 1 vez por semana;
- Plano de cuidados intermediário I – visita/ações de um ou mais profissionais da equipe, 2 vezes por semana;
- Plano de cuidados intermediário II – visita/ações de um ou mais profissionais da equipe, 3 vezes por semana;
- Plano de cuidados complexo – visita/ações de um ou mais profissionais da equipe, 4 vezes por semana.

O Plano de Cuidados norteará as ações de toda a equipe e sendo o Acompanhante seu-principal executor. Deverá ser revisto pela Equipe Técnica do Programa a cada seis meses, a partir da data de inclusão.

Poderá ainda sofrer alterações, no decorrer do tempo, de acordo com necessidades surgidas e presença de novas demandas. Ações inicialmente planejadas poderão dar lugar a novas estratégias e condutas, definidas em consenso entre o(a) Acompanhante e a Equipe Técnica na Reavaliação da Complexidade Situacional a ser realizada periodicamente conforme ficha proposta no Anexo VII.

17. NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR ACOMPANHANTE

A avaliação da situação de vida de cada pessoa idosa incluída no Programa determinará a necessidade e a periodicidade de visitas e procedimentos. O número de ações, que o Acompanhante deverá cumprir durante a semana, dependerá do Plano de Cuidados que for estabelecido para cada usuário, podendo ser Simples, Intermediário, ou Complexo.

Cada profissional será responsável em atender de 10 a 12 idosos, para equipes tradicionais e 12 a 15 idosos para equipes incorporadas a Estratégia da Saúde da Família, com uma composição mista de Planos de Cuidados.

18. SUPERVISÃO, SUPORTE E ESCUTA DO ACOMPANHANTE

Os Acompanhantes de Idosos têm como atribuição conhecer, respeitar e cuidar, de forma singular, de uma heterogeneidade de sujeitos. Passam a fazer parte de suas vidas numa proximidade, onde o estabelecimento de um vínculo de confiabilidade é de fundamental importância. Cada vínculo estabelecido tem características próprias, dada a heterogeneidade dos sujeitos atendidos, devendo estar prioritariamente atrelado ao plano de cuidados a ser seguido. Tal proximidade e vínculo devem ser objeto de reflexão contínua, por parte da Equipe de Trabalho do Programa, acerca dos limites e formas da atuação profissional, para se estabelecer parâmetros adequados desse envolvimento e determinar o instante em que se ultrapassa o limite adequado.

Apesar de existir um conhecimento prévio e um plano inicial de cuidados, a imprevisibilidade faz parte do dia-a-dia do usuário. É necessário ter a prontidão de dar respostas, no momento em que as situações acontecem. Além disso, a tarefa de cuidar envolve todo o entorno da pessoa idosa (família, comunidade, vizinhança), o que torna mais complexo o acompanhamento.

Assim, é importante o estabelecimento de suporte psicológico, operacional e técnico aos Acompanhantes, uma vez que são eles os principais agentes do cuidado, dispendendo um tempo maior com a pessoa idosa, com consequente desgaste de suas emoções.

Além disso, no processo de atendimento à população idosa e no processo de acompanhamento em domicílio, a educação permanente deve ser a base definidora da qualidade da ação. Cursos, seminários, leituras, vídeos, oficinas e outros instrumentos pedagógicos devem balizar a atuação dos profissionais, contemplando, principalmente, as referências gerontológicas e geriátricas.

Por esses motivos, é fundamental a supervisão realizada pela Equipe Técnica do Programa, pelas Supervisões Técnicas de Saúde de SMS e pelas Supervisões das Instituições Parceiras.

Assim, de acordo com a organização de cada local, é necessário:

- Realização de relatórios de acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos Acompanhantes de Idosos;
- Reuniões sistemáticas, individuais ou em grupo, para acompanhamento dos casos e discussão dos relatórios, com a presença dos Acompanhantes de Idosos e dos demais profissionais da Equipe de Trabalho do Programa;
- Educação permanente com temas relacionados ao envelhecimento e ao trabalho dos Acompanhantes de Idosos;
- Suporte, acolhimento e apoio aos Acompanhantes de Idosos em suas demandas técnicas, operacionais e emocionais, proporcionado pela equipe técnica do Programa e pela instituição, devendo constar no plano de trabalho da Equipe podendo ser organizado utilizando-se também dos recursos do território;
- Reuniões com as Gerências de Unidades de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde de SMS, se necessário.

19. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Visando realizar o Monitoramento do Programa Acompanhante de Idosos – PAI a Área Técnica da Saúde da Pessoa Idosa (ATSPI) de SMS propõe que cada uma das equipes do programa realize em conjunto com a gerência das instituições parceiras de cada região, reuniões mensais para avaliação qualitativa e quantitativa dos atendimentos oferecidos à população atendida pelo PAI.

O estabelecimento de critérios padronizados é necessário para o acompanhamento das ações estabelecidas nos Contratos de Gestão e Convênio, garantindo assim, a qualidade dos serviços oferecidos e o alinhamento com as propostas técnicas definidas neste Documento Norteador.

Para tal é necessário o levantamento mensal dos dados dos atendimentos de cada profissional da equipe técnica e dos acompanhantes de idosos e o preenchimento de formulários com indicadores de monitoramento e de avaliação do programa denominados “Formulários das Estratégias de Monitoramento e Avaliação do PAI” (Anexo XVIII).

A discussão destes indicadores deve ser realizada inicialmente em cada equipe de trabalho em conjunto com as instituições parceiras e posteriormente servirão de base para as discussões regionais com representantes das assessorias da área da saúde da pessoa idosa das STS e nas CRS e representantes das instituições parceiras, e trimestralmente, em reunião ampliada na SMS com representantes da ATSPI, Instituições Parceiras e Assessorias da ATPSI das Coordenadorias Regionais de Saúde.

Os principais dados sobre a população idosa atendida são: Sexo, Faixa etária e Grau de Complexidade do caso.

Os dados quantitativos propostos são: número de idosos em atendimento; número de incluídos; número de cadastrados; número de atendimentos; número de procedimentos e número de atividades com a equipe. Os indicadores de qualidade propostos em relação ao previsto são: Proporção de Idosos em atendimento, Proporção de atendimentos médicos realizados, Proporção de

atendimentos do enfermeiro, Proporção de Visitas Domiciliares do Acompanhante do Idoso, Monitoramento de ações do ACI no plano de cuidados de grau simples, intermediário e complexo.

Os Indicadores de Acompanhamento são Proporção de Atendimento do Coordenador em relação ao previsto, Proporção de Atividades de educação permanente realizadas, Proporção de atendimentos do auxiliar de enfermagem, realizados em relação ao previsto.

Estas orientações de Monitoramento e Avaliação do PAI estão em processo de validação nas equipes e serão apresentadas posteriormente, em sua versão final, em documento denominado “Estratégias de Monitoramento e Avaliação do Programa Acompanhante de Idosos”.

20. ANEXOS

I – Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica – AMPI-AB

II – Ficha de Encaminhamento para o PAI

III - Cadastro

IV – Avaliação Inicial

V – Registro de Visita Domiciliar

VI – Avaliação da Complexidade Situacional - Inicial

VII – Reavaliação da Complexidade Situacional

VIII – Ficha Sumário

IX – Plano Inicial de Cuidados da Equipe Técnica e Acompanhante de Idosos

X - Reavaliação do Plano de Cuidados da Equipe Técnica e do Acompanhante de Idosos

XI – Resumo de Acompanhamento para o Prontuário da Unidade Básica de Saúde

XII – Ficha de Evolução

XIII – Comunicado de Alteração do Acompanhante de Idosos

XIV – Termo de Empréstimo de Equipamento

XV – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

XVI – Registro de Alta

XVII – Termo de Compromisso do Acompanhante de Idosos

XVIII - Formulários das Estratégias de Monitoramento e Avaliação do PAI

ANEXO I

Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica – AMPI-AB

O Pacto pela Vida (2006) considera a população idosa como uma das seis prioridades do SUS, visando à promoção do envelhecimento ativo e saudável e a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.

O Estatuto do Idoso (Lei n.º 10.741, de 1.º de outubro de 2003) assegura a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos, ações essas a serem efetivadas por meio do cadastramento da população idosa em base territorial; atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (MS, 2006) estabelece a mudança de paradigma priorizando a avaliação da Capacidade Funcional como estratégia para promoção à saúde da pessoa idosa e prevenção de agravos.

Considerando que o envelhecimento da população paulistana tem ocorrido de forma acelerada nas últimas décadas em todas as regiões do município e, que suas especificidades exigem abordagens e ações qualificadas para que o cuidado em saúde seja efetivo nos diferentes pontos da rede de atenção, a Área Técnica da Saúde da Pessoa Idosa – Coordenação da Atenção Básica - Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, propôs a implantação do instrumento denominado **“Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica – AMPI-AB”**.

A AMPI-AB visa instrumentalizar as Unidades Básicas de Saúde para qualificação da demanda, planejamento e gestão do cuidado em saúde das pessoas idosas na Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa – RASPI.

Pessoas idosas (60 anos ou mais) são portadoras de condições crônicas, com alta prevalência de incapacidades e de dependência para as Atividades da Vida Diária (AVD) e apresentam aumento da necessidade de cuidados continuados e permanentes. Neste sentido, a avaliação de suas condições de saúde-doença e psicossociais e a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular – PTS e de Plano de Cuidados específico são fundamentais, para melhorar e manter a melhor capacidade funcional possível e promover o envelhecimento ativo.

A AMPI-AB permite que se conheçam as necessidades de saúde da população idosa, classificando-a segundo o grau de fragilidade e categorizando os idosos em “saudáveis”, “pré-frágeis” e “frágeis”, permitindo a organização do atendimento na rede e a elaboração de Planos de Cuidados. A pontuação para as questões foi dividida em três categorias: 0 a 5 pontos: idoso saudável; 6 a 10 pontos: idoso pré-frágil e igual ou maior que 11 pontos: idoso frágil.

A AMPI-AB foi elaborada, baseando-se na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (MS, 2006), no Caderno da Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde e está organizada em um questionário inicial com 17 perguntas com respostas auto referidas, que abrangem as principais dimensões para avaliação das condições de saúde dos idosos: sociais, físicas, cognitivas e funcionais. Sua aplicação indica, também, a utilização do Formulário de Dados Sociais e dos Testes de Rastreamento da Capacidade Funcional, a depender da necessidade detectada em cada uma das questões.

As 17 dimensões do processo de envelhecimento abordadas no questionário inicial são: idade, autopercepção da saúde, arranjo familiar, condições crônicas, medicamentos utilizados, número de internações nos últimos doze meses, quedas nos últimos doze meses, acuidade visual, acuidade auditiva, limitações físicas, cognição, humor, desempenho nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), desempenho nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), incontinência urinária e fecal, perda de peso não intencional e condições bucais.

O Formulário de Dados Sociais e os Testes de Rastreamento da Capacidade Funcional, indicados no instrumento, foram elaborados, usando como referencial o Caderno da Atenção Básica nº 19 do Ministério da Saúde e a literatura gerontológica e geriátrica e se referem às dimensões citadas no item anterior.

Os testes de Rastreamento da Capacidade Funcional indicados na AMPI-AB são: Teste de Snellen, Teste do Sussurro, Teste de Katz, Teste de Lawton, Timed up and go Test, Teste de Velocidade de Marcha, Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e Mini-Exame do Estado Mental (Minimental).

A Avaliação Multidimensional (AMPI-AB) e seus desdobramentos (planos de cuidados, encaminhamentos e fluxos) deverão ser aplicados por profissionais da Atenção Básica devidamente capacitados para esse fim.

Os resultados da Avaliação Multidimensional deverão ser discutidos pela Equipe da Atenção Básica e utilizados como subsídio para a elaboração dos Planos de Cuidados Inicial e Específico.

O Plano de Cuidados Inicial corresponde às ações propostas pela equipe da Unidade Básica de Saúde (com ou sem cobertura da Estratégia de Saúde da Família) no acompanhamento do idoso referenciado a um serviço de especialidade. Tem como objetivo garantir o vínculo entre idoso / equipe UBS / equipe URSI.

O Plano de Cuidados Específico corresponde às ações propostas pela equipe da Unidade Básica de Saúde (com ou sem cobertura da Estratégia de Saúde da Família) no acompanhamento do idoso com alterações, em algum item específico da AMPI/AB e após a realização dos testes de Rastreamento de Capacidade Funcional correspondentes. Deve fortalecer o vínculo entre equipe/idoso/família.

A Avaliação Multidimensional deverá ser agendada pelo SIGA nas Unidades de Saúde como procedimento municipal, com código número 030109900-6 – Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa da Atenção Básica.

A Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa da Atenção Básica (AMPI-AB) é instrumento necessário para encaminhamento das pessoas idosas para a Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI) e para o Programa Acompanhante de Idosos (conforme critérios específicos de cada um deles).

NOME:		DN:	
RAÇA/COR: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena		CNS:	SEXO: F () M ()
ENDEREÇO:			
UBS:		EQUIPE:	TEL:

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA - AMPI/AB

Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos	Pontuação
1	Idade	Qual a sua idade?	60 - 74 () 0 75 - 89 () 1 90 ou mais () 2
	Encaminhamentos	Se idade entre 75 e 89 anos, aplicar os testes de Katz, Lawton e TUGT. Se idade de 90 anos ou mais, realizar todos os testes do Rastreamento da Capacidade Funcional.	
	Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral. Providenciar Plano de Cuidados Específico em caso de alterações nos testes.	
2	Auto Percepção da saúde	Em geral, comparado com outras pessoas de sua idade, o(a) Sr.(a.) diria que sua saúde é:	Muito boa / boa () 0 Regular / ruim / muito ruim () 1
	Encaminhamentos	Se houver auto-percepção de saúde "Regular / Ruim / Muito Ruim", aplicar os testes de Katz, Lawton e TUGT.	
	Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral. Providenciar Plano de Cuidados Específico em caso de alterações nos testes.	
3	Arranjo Familiar	O(A) Sr.(a.) mora sozinho?	NÃO () 0 SIM () 1
	Encaminhamentos	Em caso afirmativo, aplicar os testes de Katz, Lawton, TUGT e Dados Sociais.	
	Fluxo	Providenciar Plano de Cuidados Específico em caso de alterações nos testes, ou na avaliação social. Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral. Verificar critérios de encaminhamento para o PAI.	
4	Condições Crônicas	O(A) Sr.(a.) teve/tem algumas dessas condições abaixo?	NENHUMA () 0 1 ou 2 () 1 3 ou + () 2
	Encaminhamentos	Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, AVC, Doença arterial coronariana, Doenças Vasculares, Úlcera de pressão, Anemia, Asma, DPOC, Úlcera péptica, Artrose, Obesidade, Neoplasia, Demência, Epilepsia, Depressão, Doença de Parkinson, HIV/AIDS e Amputação de membro. Para os que pontuarem 1 ponto, aplicar os testes de Katz, Lawton e TUGT. Para os que pontuarem 2 pontos, realizar todos os testes do Rastreamento da Capacidade Funcional.	
	Fluxo	Para pontuação 0 ou 1, observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses, conforme pontuação geral. Para os idosos com 1 ponto nesse item, providenciar Plano de Cuidados Específico em caso de alterações nos testes. Para os idosos com 2 pontos nesse item, realizar todos os testes do Rastreamento da Capacidade Funcional e Plano de Cuidados Inicial. Se o idoso apresentar complicações dessas condições crônicas, encaminhar para a URSI.	
5	Medicamentos	Quantos medicamentos o(a) Sr.(a.) toma diariamente?	1 a 4 () 0 5 ou + () 1
	Encaminhamentos	Para os idosos em uso de "polifarmácia" (5 ou mais medicamentos) encaminhar para orientação na unidade e para a Atenção Farmacêutica.	
	Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral.	
6	Internações	Quantas vezes o(a) Sr.(a.) ficou internado(a) nos últimos 12 meses?	NENHUMA () 0 1 INTERNAÇÃO () 1 2 INTERNAÇÕES OU + () 2
	Encaminhamentos	Em caso de 1 único episódio de internação, aplicar os testes de Katz, Lawton e TUGT. Em caso de internações recorrentes (2 episódios ou mais), aplicar todos os testes do Rastreamento da Capacidade Funcional.	
	Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral. Providenciar Plano de Cuidados Específico em caso de alterações nos testes. Checar causa de internação e realizar os encaminhamentos necessários.	
Pontuação Parcial (A)			

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA - AMPI/AB					
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
7	Quedas	Quantas vezes o(a) Sr.(a.) caiu nos últimos 12 meses?	NENHUMA ()	0	
			1 EPISÓDIO ()	1	
			2 EPISÓDIOS OU + ()	2	
Encaminhamentos	Em caso de 1 episódio de quedas, aplicar todos os testes do Rastreamento da Capacidade Funcional.				
	Em caso de 2 ou mais episódios de quedas, aplicar todos os testes do Rastreamento da Capacidade Funcional e realizar Plano de Cuidados Inicial.				
Fluxo	Para idosos com 0 ou 1 ponto, observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral.				
	Para idosos com um episódio de queda nos últimos 12 meses, em caso de alterações nos testes, providenciar Plano de Cuidados Específico e encaminhar para especialista, se necessário.				
	Para idosos com 2 ou mais episódios de queda nos últimos 12 meses, após Rastreamento da Capacidade Funcional, realizar Plano de Cuidados Inicial e encaminhar para a URSI.				
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
8	Visão	O(A) Sr.(a.) tem alguma dificuldade para enxergar? (mesmo usando óculos)	NÃO ()	0	
			SIM ()	1	
	Encaminhamentos	Em caso afirmativo, aplicar o Teste de Snellen. Ao aplicar o Teste de Snellen, caso o paciente use óculos, aplicar com os óculos.			
Fluxo	Para os idosos com Teste de Snellen normal, observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral.				
	Para os idosos com Teste de Snellen indicando incapacidade de ler, ou seja, se resultado do Teste de Snellen menor ou igual a 0,7, encaminhar para avaliação com oftalmologista.				
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
9	Audição	O(A) Sr.(a.) tem alguma dificuldade para ouvir ou as pessoas acham que o(a) senhor(a) ouve mal?	NÃO ()	0	
			SIM ()	1	
	Encaminhamentos	Em caso afirmativo, aplicar o Teste do Sussurro.			
Fluxo	Para os idosos com Teste do Sussurro normal, observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral.				
	Para os idosos com Teste do Sussurro alterado, solicitar avaliação do conduto auditivo para o médico ou enfermeiro da equipe e, se necessário, encaminhar para avaliação com otorrinolaringologista.				
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
10	Limitação Física	Verificar se o(a) idoso(a) é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos.	SIM ()	NÃO ()	Marcar cada item como Sim ou Não.
		Verificar se o(a) idoso(a) é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com uma das mãos e colocá-lo de volta.	SIM ()	NÃO ()	A pontuação varia de 0 a 1. Será zero, se todas as respostas forem Sim e 1, se houver de um a quatro itens assinalados como Não.
		Perguntar: o(a) Sr.(a.) consegue andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?	SIM ()	NÃO ()	
		Perguntar: o(a) Sr.(a.) consegue sentar-se ou levantar-se sem dificuldade?	SIM ()	NÃO ()	
	Encaminhamentos	Para os idosos que apresentarem dificuldade em um ou mais itens, fazer exame completo dos MMSS/MMII, atentando para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Aplicar os testes de Katz, Lawton e TUGT.			
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral.				
	Providenciar Plano de Cuidados Específico em caso de alterações nos testes.				
	Conforme a dificuldade apresentada, considerar necessidade de fisioterapia.				
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
11	Cognição	Algum familiar ou amigo falou que o(a) Sr.(a.) está ficando esquecido?	SIM ()	NÃO ()	Marcar cada item como Sim ou Não.
		O esquecimento está piorando nos últimos meses?	SIM ()	NÃO ()	A pontuação varia de 0 a 1. Será zero, se todas as respostas forem Não e 1, se houver de um a três itens assinalados como Sim.
		O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	SIM ()	NÃO ()	
	Encaminhamentos	Para os idosos com auto percepção de alterações de memória, aplicar o Mini Exame do Estado Mental (MEEM ou Mini Mental).			
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral.				
	Para os idosos que apresentarem alteração no resultado do Mini Mental (segundo a escolaridade), realizar o Plano de Cuidados Inicial e encaminhar para a URSI.				
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
12	Humor	No último mês, o(a) Sr.(a.) sentiu desânimo, tristeza ou desesperança?	SIM ()	NÃO ()	Marcar cada item como Sim ou Não.
		No último mês, o(a) Sr.(a.) perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	SIM ()	NÃO ()	A pontuação varia de 0 a 1. Será zero, se todas as respostas forem Não e 1, se houver de um ou dois itens assinalados como Sim.
	Encaminhamentos	Para os idosos com resposta afirmativa em pelo menos um dos itens, aplicar a Escala de Depressão Geriátrica (EDG ou GDS).			
Fluxo	Em caso negativo, ou para idosos com bom resultado na EDG (ou GDS), observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses, conforme orientações sobre a pontuação geral.				
	Para os idosos com EDG (ou GDS) alterada (pontuação igual ou maior que 11), realizar Plano de Cuidados Específico e os encaminhamentos necessários (Rede Hora Certa, AE, ou Saúde Mental).				
Pontuação Parcial (B)					

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA - AMPI/AB						
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação	
13	Atividades Básicas da Vida Diária - ABVD	O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para sair da cama?	SIM ()	NÃO ()	Marcar cada item como Sim ou Não .	
		O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para vestir-se?	SIM ()	NÃO ()	A pontuação varia de 0 a 1. Será zero, se todas as respostas forem NÃO e 1, se houver de um a quatro itens assinalados como SIM .	
		O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para alimentar-se?	SIM ()	NÃO ()		
		O(a) Sr(a) precisa de ajuda para tomar banho?	SIM ()	NÃO ()		
Encaminhamentos	Em caso afirmativo em uma ou mais alternativas, atribuir apenas 1 ponto. Portanto, pontuação máxima = 1. Para idosos que necessitem de ajuda em uma ou mais atividades, aplicar os testes de Katz, Lawton e TUGT.					
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses, conforme orientações sobre a pontuação geral.					
	Para os idosos que apresentarem alterações nos testes aplicados, realizar Plano de Cuidados Específico e encaminhamentos necessários.					
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação	
14	Atividades Instrumentais da Vida Diária - AIVD	O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para realizar atividades fora de casa?	SIM ()	NÃO ()	Marcar cada item como Sim ou Não .	
		O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para lidar com seu dinheiro (pagar contas, conferir troco, ir ao banco, etc.)?	SIM ()	NÃO ()	A pontuação varia de 0 a 1. Será zero, se todas as respostas forem NÃO e 1, se houver de um ou dois itens assinalados como SIM .	
	Encaminhamentos	Para idosos que apresentarem uma ou mais dificuldades, aplicar os testes de Katz, Lawton e TUGT.				
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses, conforme orientações sobre a pontuação geral.					
	Para os idosos que apresentarem alterações nos testes aplicados, realizar Plano de Cuidados Específico e encaminhamentos necessários.					
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação	
15	Incontinência	O(a) Sr.(a.) perde urina sem querer?	SIM ()	NÃO ()	Marcar cada item como Sim ou Não .	
		O(a) Sr.(a.) perde fezes sem querer?	SIM ()	NÃO ()	A pontuação varia de 0 a 1. Será zero, se todas as respostas forem NÃO e 1, se houver de um ou dois itens assinalados como SIM .	
	Encaminhamentos	Para os idosos que apresentarem uma ou mais dificuldades, encaminhar para consulta de Enfermagem.				
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral.					
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação	
16	Perda de peso não intencional	Nos últimos 12 meses o(a) Sr.(a.) perdeu peso sem ter feito dieta ou mudado qualquer hábito de vida? (4,5 kg ou 5% de perda nos últimos 12 meses)	NÃO ()	0		
			SIM ()	1		
	Encaminhamentos	Em caso afirmativo, realizar o Plano de Cuidados Inicial e encaminhar para avaliação nutricional, conforme referência do serviço.				
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses, conforme orientações sobre a pontuação geral.					
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação	
17	Condições bucais	Caso o(a) Sr.(a.) use prótese, ela está mal adaptada?	SIM ()	NÃO ()	Marcar cada item como Sim ou Não .	
		O(a) Sr.(a.) tem problemas para mastigar?	SIM ()	NÃO ()	A pontuação varia de 0 a 1. Será zero, se todas as respostas forem Não e 1, se houver de UM a QUATRO itens assinalados como Sim .	
		O(a) Sr.(a.) tem problemas para engolir?	SIM ()	NÃO ()		
		O(a) Sr.(a.) deixou de comer algum tipo de alimento por causa de problemas nos dentes ou na prótese?	SIM ()	NÃO ()		
	Encaminhamentos	Em caso de uma ou mais respostas afirmativas, encaminhar para avaliação odontológica conforme o fluxo da saúde bucal.				
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral.					
	Providenciar o encaminhamento conforme fluxo da Saúde Bucal.					
Pontuação Parcial (C)						
Pontuação Total (A+B+C)						

NOME:		Idade:	
RAÇA/COR: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena		CNS:	SEXO: F () M ()
ENDEREÇO:			
UBS:		EQUIPE:	TEL:
DADOS SOCIAIS			
INSTRUÇÕES: deverá ser aplicado em idosos (as) que residem sozinhos.			
1. Estado civil:		casado(a) () solteiro(a) ()	outros (), qual?
		viúvo(a) () há quanto tempo?	
2. Porque o Sr.(a) está residindo sozinho(a)?			
3. Tem alguma fonte de renda fixa? Não ()			
Sim ()		Aposentado ()	Pensionista () BPC/LOAS ()
4. Mantém alguma atividade de trabalho com ou sem registro em carteira? Não ()			
Sim () Atividade:			
5. Recebe ajuda financeira? Não ()			
Sim ()		Familiar () Amigos ()	Outros (), qual?
		Instituição de Assistência ()	
6. Frequentou a escola? Não () Sim () Quantos anos?			
7. Possui suporte de alguma pessoa? Não ()			
Sim ()		Para: AVD ()	AIVD () Atividades Externas ()
		Quem?	
8. Reside em:			
Casa ()		Apartamento ()	Sobrado () Outros (), qual?
Cômodo de madeira ()		Cômodo de alvenaria ()	
9. Imóvel: Próprio () Alugado () Cedido () Outros (), qual?			
10. Meio de Transporte utilizado:		Ônibus () taxi ()	Outros (), Qual?
		veículo de conhecidos ()	
11. Tem alguma dificuldade para sair de sua casa e andar nas redondezas? Não ()			
Sim () Qual a dificuldade e por quê?			
12. Atualmente algo ou alguém o (a) incomoda? Não ()			
Sim () O Quê ou Quem?			
13. Faz uso de bebida alcoólica ou outras drogas? Não () Sim () Qual? Com que frequência?			
OBSERVAÇÕES (durante a aplicação do teste):			
Data:		Nome e Assinatura do profissional:	

NOME:		IDADE:
RAÇA/COR:	CNS:	SEXO:
() Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena		F () M ()
ENDEREÇO:		
UBS:	EQUIPE:	TEL:

ESCALA OPTOMÉTRICA DE SNELLEN – AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL

O idoso deverá identificar as figuras nos diferentes tamanhos a fim de que seja avaliada sua acuidade visual.

INSTRUÇÕES

- ✓ O examinador deverá orientar o idoso a indicar a direção do “E” apontado e realizar um treino inicial conforme indica a figura ao lado;
- ✓ O exame deverá ser realizado em uma sala com boa iluminação, sem ofuscamento e ambiente calmo. A escala deverá estar colada em uma parede vazia, sem janelas e a aproximadamente 1,5 m do chão.
- ✓ O idoso deverá estar sentado confortavelmente a uma distância aproximada de 5 metros da parede onde está a escala de Snellen.
- ✓ Se o idoso já usar óculos, o teste deve ser feito com os óculos;
- ✓ Aplicar o teste com ambos os olhos abertos.
- ✓ O teste deve ser iniciado pelos ortotipos (sinais) maiores indicando com firmeza qual deve ser lida pelo idoso.



para cima



para baixo

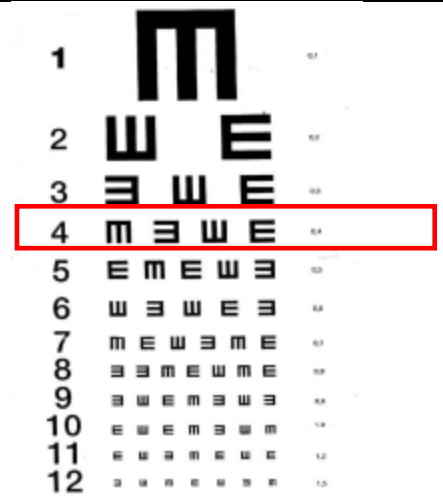


AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

- Se distinguir bem até à 8ª linha, a visão é satisfatoriamente normal.
- Se, todavia, não for além da 4ª linha existe grave possibilidade de perda de capacidade visual.
- Anotar abaixo o número da última linha que o idoso enxergou na tabela.

ULTIMA LINHA LIDA COM CLAREZA:

- A Escala de Snellen não tem valor diagnóstico.



OBSERVAÇÕES (durante a aplicação do teste):

Data: ___/___/___

Nome e Assinatura do profissional:


NOME:		DN:
RAÇA/COR: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena	CNS:	SEXO: F () M ()
ENDEREÇO:		
UBS:	EQUIPE:	TEL:
TESTE DO SUSSURRO – AVALIAÇÃO DA ACUIDADE AUDITIVA		
INSTRUÇÕES		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilizar sala isenta de ruídos que possam interferir no teste. ✓ O idoso deverá ser orientado sobre o teste para que esteja atento ao comando. ✓ Posicionamento do avaliador no momento da aplicação do teste: deverá estar atrás e fora do alcance visual do idoso, a uma distância de aproximadamente 33 centímetros; ✓ Deve-se “sussurrar”, em cada ouvido, uma questão breve e simples como, por exemplo, “Qual o seu nome?” e checar se o idoso consegue perceber o contato verbal e responde adequadamente. 		
INTERPRETAÇÃO:		
<p>Ao sussurrar a pergunta o idoso deverá dar uma resposta correspondente o que lhe foi perguntado.</p> <p>Também pode avaliar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 – Compreende as situações sociais? 2 – Consegue entender o que ouve no rádio ou televisão? 3 – Tem necessidade de que as pessoas repitam o que lhe é falado? 4 – Sente zumbido ou algum tipo de barulho no ouvido ou cabeça? 5 – Fala alto demais? 6 – Evita conversar? Prefere ficar só? <p>OBSERVAÇÃO: Se o idoso fizer uso de aparelho auditivo, aplicar o teste com o aparelho certificando-se de que o aparelho esteja ligado.</p>		
RESULTADOS OBTIDOS		
OBSERVAÇÕES (durante a aplicação do teste)		
Data: ____/____/____	Nome e Assinatura do profissional:	

NOME:		IDADE:
RAÇA/COR: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena		CNS:
ESCOLARIDADE EM ANOS:		SEXO: F () M ()
UBS:		TEL:
		EQUIPE:

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL - MINIMENTAL

INSTRUÇÕES

Aplicar os 11 testes seguindo as orientações conforme o nível de instrução do idoso, assinalando a pontuação obtida em cada item. Anexar a este instrumento os registros gráficos (frase e desenho) realizados pelo idoso em folha à parte (itens 10 e 11), com a identificação do usuário. Realizar o teste individualmente, em sala fechada. Colocar aviso de "Não Interromper" na porta. Caso seja interrompido por alguma razão, suspender a testagem no dia.

1.	Orientação temporal (0 a 5 pontos)	Em que dia estamos?	ANO	1	DIA	1		
			SEMESTRE	1	DIA DA SEMANA	1		
			MÊS	1	TOTAL			
2.	Orientação espacial (0 a 5 pontos)	Onde estamos?	Estado	1	Rua	1		
			Cidade	1	Local	1		
			Bairro	1	TOTAL			
3.	Repita as palavras (0 a 3 pontos)	Peça a pessoa idosa que repita as palavras depois de dizê-las. Repita os objetos até que o entrevistado o aprenda. Faça 5 repetições no máximo.	CANECA		1			
			TIJOLO		1			
			TAPETE		1			
			TOTAL					
4.	Este item deve ser realizado de acordo com a capacidade do idoso em realizar cálculos ou seu grau de alfabetização.	Para o idoso que faz cálculos			Para o idoso alfabetizado			
		Quanto é 100 - 7?	93	1	Peça a pessoa idosa que solete a palavra MUNDO de trás para frente!	O	1	
		Quanto é 93 - 7?	86	1		D	1	
		Quanto é 86 - 7?	79	1		N	1	
		Quanto é 79 - 7?	72	1		U	1	
		Quanto é 72 - 7?	65	1		M	1	
TOTAL			TOTAL					
5.	Memorização (0 a 3 pontos)	Peça a pessoa idosa que repita as palavras ditas anteriormente (no ítem 3)	CANECA		1			
			TIJOLO		1			
			TAPETE		1			
			TOTAL					
6.	Linguagem 1 (0 a 2 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	RELÓGIO		1			
			CANETA		1			
			TOTAL					
7.	Linguagem 2 (0 a 1 ponto)	Peça ao idoso que repita a frase: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	NÃO REPETE		0			
			REPETE		1			
			TOTAL					
8.	Linguagem 3 (0 a 3 pontos)	Peça ao idoso que siga uma ordem de 3 estágios de comando:	Pegue o papel com a mão direita		1			
			Dobre o papel ao meio		1			
			Ponha o papel no chão		1			
			TOTAL					
9.	Linguagem 4 (0 a 1 ponto)	Escreva em um papel: "FECHE OS OLHOS!" Peça ao idoso que leia o comando e execute.	NÃO EXECUTA		0			
			EXECUTA		1			
			TOTAL					
10.	Linguagem 5 (0 a 1 ponto)	Peça a pessoa para escrever uma frase completa:	NÃO EXECUTA		0			
			EXECUTA		1			
			TOTAL					
11.	Linguagem 5 (0 a 1 ponto)	Peça a pessoa que copie o desenho ao lado				NÃO EXECUTA		0
						EXECUTA		1
						TOTAL		
						TOTAL GERAL		

INTERPRETAÇÃO	OBSERVAÇÕES (durante a aplicação do teste):
A nota de corte deve levar em consideração o nível de escolaridade do idoso avaliado.	
ANALFABETOS: 20 pontos	
1 a 4 anos de escolaridade: 25 pontos	
5 a 8 anos de escolaridade: 27 pontos	
9 a 11 anos de escolaridade: 28 pontos	
mais que 11 anos de escolaridade: 29 pontos	

Data: ____/____/____	Nome e Assinatura do profissional:
----------------------	---

Breve relato do Plano de Cuidados Inicial:

Tratamentos já realizados:

Exames de Triagem: (Os exames devem ter no máximo 90 dias de coleta)

Data da coleta:

HMG:	TSH:	T4livre:	Na:	K:
	U:	C:	Glicemia:	
	OUTROS:			

OBSERVAÇÕES GERAIS:

Nome do Profissional (carimbo):

Data:

Para uso da regulação da UBS:

Data de agendamento da AGG:

Responsável pelo agendamento:

NOME:										DN:									
RAÇA/COR: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena										CNS:							SEXO: F () M ()		
ENDEREÇO:																			
UBS:					EQUIPE:					TEL:									
PAI de referência:										Data:									
PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA O PAI																			
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:										Data:									
() Dependência funcional nas Atividades da Vida Diária (AVD's), decorrentes de agravos à saúde																			
() Mobilidade reduzida																			
() Dificuldade de acesso aos serviços de saúde																			
() Insuficiência no suporte familiar e social																			
() Isolamento ou exclusão social																			
() Risco de institucionalização																			
Histórico do motivo do encaminhamento:																			
AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA – AMPI-AB																			
Data de aplicação da AMPI-AB:										Pontuação geral do questionário inicial:									
Pontuação de cada item do questionário inicial (abaixo):																			
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17			

Resultado dos Testes de Rastreamento e Dados Sociais

Breve relato do Plano de Cuidados na UBS:

Exames realizados: (Os exames devem ter no máximo 90 dias de coleta)

Data da coleta:

HMG:	TSH:	T4livre:	Na:	K:
	U:	C:	Glicemia:	
	OUTROS:			

Nome do Profissional (carimbo):

Data:

Data de contato com a equipe do PAI:

Responsável pelo contato na UBS:

Responsável pelo contato no PAI:

ANEXO III

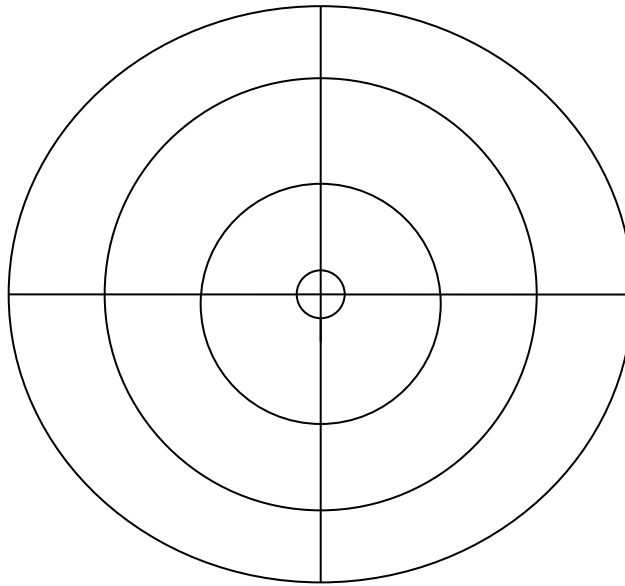
PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS CADASTRO

PAI:	Data:
Nome do usuário:	
Data de nascimento:	
Raça/Cor: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena	
CNS:	
Sexo: F () M ()	
Endereço:	
Telefones:	
Ponto de referência:	
Estado Civil:	
Tem cuidadores? () Sim () Não () Formal () Informal	
Mora sozinho? () Sim () Não	
Dia mais indicado para visita de inclusão:	
Telefones:	
UBS de Referência:	
Equipe:	
Observações:	
Nome e assinatura do Profissional:	Data:

7. Mapa Mínimo de Relações

Amigos

Família



Comunidade

Rel. Sistema de Saúde

Perguntas:

1. Quem o(a) visita?

1.1. Quais as pessoas que o(a) visitam pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?

1.2. Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas que o(a) visitam pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?

1.3. Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas que o(a) visitam pelo menos uma vez por ano (muito pouco frequentemente)?

2. Quem lhe faz companhia?

2.1) Com quem o(a) senhor(a) pode contar, se desejar ou precisar, para lhe fazer companhia, pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?

2.2) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas que lhe fazem companhia pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?

2.3) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas que lhe fazem companhia pelo menos uma vez por ano (muito pouco frequentemente)?

3. Se o senhor(a) precisar de auxílio para serviços domésticos, quem o(a) auxiliaria?

3.1) A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria, se precisar de ajuda, para cuidar das coisas da casa, como, por exemplo, arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?

3.2) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria, se precisar de ajuda, para cuidar das coisas da casa, como, por exemplo, arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?

3.3. Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria, se precisar de ajuda, para cuidar das coisas da casa, como, por exemplo, arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos uma vez por ano (muito pouco frequentemente)?

4. Se o(a) senhor(a) precisar de auxílio para cuidados pessoais quem o(a) auxiliaria?

4.1) A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria, se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como, por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar, ou se deitar, pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?

4.2) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria, se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como, por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar, ou se deitar, pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?

4.3) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria, se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como, por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar, ou se deitar, pelo menos uma vez por ano (muito pouco frequentemente)?

5. Se o senhor(a) precisar de auxílio financeiro, a quem o senhor(a) recorreria?

5.1) Quem ajuda ou ajudaria o(a) senhor(a) financeiramente, se precisar de auxílio, para pagar o aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar remédio, comida etc., pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?

5.2) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria, se precisar de ajuda financeira, como, por exemplo, auxílio para pagar o aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar remédio, comida etc., pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?

5.3) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria, se precisar de ajuda financeira, como, por exemplo, auxílio para pagar o aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar remédio, comida etc, pelo menos uma vez por ano (muito pouco frequentemente)?

Legenda:

FAMÍLIA:

EA – esposa

EO – esposo

FA – filha

FO – filho

NA – neta

NO – neto

IA – irmã

IO – irmão

CC – Membros Centro de Convivência

CL – Membros Clube de Lazer

VI – vizinho

ED – empregada doméstica

OS – prestadores de serviço

O – outros

COMUNIDADE:

CC – Membros Centro de Convivência

CL- Membros Clube de Lazer

VI – vizinho

ED – empregada doméstica

OS – prestadores de serviço

O – outros

Amigos e Relações Sistema de Saúde Ponto (•)

Ref:Domingues MA. Mapa Mínimo de Relações: adaptação de um instrumento gráfico para a configuração da rede de suporte social do idoso. São Paulo; 2000. (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP).

Observações:

Nome e assinatura do Profissional:

Data:

PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS
AValiaÇÃO DA COMPLEXIDADE SITUACIONAL – Inicial

PAI:				Data:					
Nome do usuário:				D.N.:					
Parte 1. Avaliação das Atividades de Vida Diária									
1.1. Atividades Básicas da Vida Diária (Peso 2)				1.2. Atividades Instrumentais (Peso 2)					
Atividades	Inicial / 1º Semestre			Atividades	Inicial / 1º Semestre				
	Dependente total	Requer auxílio	Faz sozinho		Dependente total	Requer	Dependente total		
Transferências (mudar de posição)				Usar o telefone					
Tomar banho				Usar transporte ou andar perto de casa					
Vestir-se				Fazer compras					
Ir ao banheiro				Fazer pequenos trabalhos em casa					
Controle sobre necessidades fisiológicas				Lavar pequenas roupas					
Alimentar-se				Medicar-se sozinho					
				Preparar refeições					
				Cuidar do próprio dinheiro					
Total de pontos	/12			Total de pontos	/12				
Data da avaliação	/ /			Data da avaliação	/ /				
0 Ponto = Dependente total		1 Ponto = Requer auxílio		2 Pontos = Faz sozinho					
1.3. Atividades Avançadas (Peso 1/2)				1.4. Soma e Classificação da Capacidade Funcional					
Atividades	Inicial / 1º Semestre				28 a 32,5	Independência			
	Não realiza	Realiza às vezes	Realiza frequentemente				15,25 a 27,75	Dependência Moderada	
Fazer visitas na casa de outras pessoas ou Recebê-las em casa.				0 a 15	Dependência Grave				
Vai a Centros Religiosos ou Realiza Atividades ligadas à Religião.				OBSERVAÇÕES					
Participar de Centros de Convivência, Universidade da 3ª Idade, Reuniões Sociais, Eventos Culturais, Viagens.									
Dirigir automóveis.									
Fazer trabalho voluntário ou remunerado									
Participar de Conselhos, Diretorias, Sindicatos ou Desenvolver atividades políticas.									
Atividades esportivas: natação, yoga, caminhada, alongamento dança, exercícios em geral.									
Atividades culturais: teatro, cinema, museus, exposições.									
Atividades Manuais: pintura, crochê, tricô, bordados, etc									
Total de pontos	/4,5								
Data da avaliação	/ /								
0 Ponto = Não realiza	0,25 Ponto = Realiza às vezes	0,5 Ponto = Realiza frequentemente		Nome e Assinatura do Coordenador:					
				Data:					

ANEXO VII

PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS REAVIAÇÃO DA COMPLEXIDADE SITUACIONAL

PAI:	Data:
Nome do usuário:	D.N.:

Parte 1. Avaliação das Atividades de Vida Diária

1.1. Atividades Básicas da Vida Diária (Peso 2)				1.2. Atividades Instrumentais (Peso 2)			
Atividades	Inicial / 1º Semestre			Atividades	Inicial / 1º Semestre		
	Dependente total	Requer auxílio	Faz sozinho		Dependente total	Requer	Dependente total
Transferências (mudar de posição)				Usar o telefone			
Tomar banho				Usar transporte ou andar perto de casa			
Vestir-se				Fazer compras			
Ir ao banheiro				Fazer pequenos trabalhos em casa			
Controle sobre necessidades fisiológicas				Lavar pequenas roupas			
Alimentar-se				Medicar-se sozinho			
<i>Total de pontos</i>	/12			<i>Total de pontos</i>	/12		
<i>Data da avaliação</i>	/ /			<i>Data da avaliação</i>	/ /		
0 Ponto = Dependente total			1 Ponto = Requer auxílio			2 Pontos = Faz sozinho	

1.3. Atividades Avançadas (Peso 1/2)				1.4. Soma e Classificação da Capacidade Funcional				
Atividades	Inicial / 1º Semestre							
	Não realiza	Realiza às vezes	Realiza frequentemente					
Fazer visitas na casa de outras pessoas ou Recebê-las em casa.				28 a 32,5	15,25 a 27,75	Independência		
Vai a Centros Religiosos ou Realiza Atividades ligadas à Religião.				0 a 15		Dependência Moderada		
Participar de Centros de Convivência, Universidade da 3ª Idade, Reuniões Sociais, Eventos Culturais, Viagens.				OBSERVAÇÕES				
Dirigir automóveis.								
Fazer trabalho voluntário ou remunerado								
Participar de Conselhos, Diretorias, Sindicatos ou Desenvolver atividades políticas.								
Atividades esportivas: natação, yoga, caminhada, alongamento dança, exercícios em geral.								
Atividades culturais: teatro, cinema, museus, exposições.								
Atividades Manuais: pintura, crochê, tricô, bordados, etc								
<i>Total de pontos</i>	/4,5							
<i>Data da avaliação</i>	/ /							
0 Ponto = Não realiza	0,25 Ponto = Realiza às vezes		0,5 Ponto = Realiza frequentemente					

Parte 2 – Avaliação do Suporte Social

2.1 – Avaliação do Suporte Social				2.2 – Classificação do Suporte		
Suporte	Inicial/ 1º Semestre				5	Com suporte total
	Sem suporte	Suporte Parcial	Suporte total		0,5 a 4,5	Com suporte parcial
Familiar				0	Sem suporte	
Social (amigos e vizinhos)				Observações		
Empregado Doméstico / Diarista / Cuidador Formal						
Institucional (Religioso, Comunitário, Universidade, Serviço de Saúde e ONG's)						
Recursos Financeiros						
Total de Pontos	/ 5					
Data da Avaliação						
0 Ponto = Sem suporte 0,5 Ponto = Suporte parcial 1 Ponto = Suporte total						

Parte 3. Avaliação da Autonomia

3.1 – Avaliação da Autonomia		3.2 – Classificação da Autonomia	
a. Quem decide o dia-a-dia do idoso? () O próprio idoso? () O familiar ou o cuidador? → () Sem Autonomia		3	Autonomia Total
b. Se for o próprio idoso quem decide, exerce seu poder de decisão: () uma parte do tempo → () Autonomia Parcial () todo o tempo → () Autonomia Total		2	Autonomia Parcial
		1	Sem autonomia
		Observações	

Parte 4. Consolidação dos dados

Parte 4. Consolidação dos dados						Parte 5. Classificação da Complexidade Situacional		
Capacidade Funcional		Suporte		Autonomia				
Independência	1	Suporte Total	1	Autonomia Total	1	Baixa Complexidade	3 e 4	
Dependência Moderada	2	Suporte Parcial	2	Autonomia Parcial	2	Média Complexidade	5 a 7	
Dependência Grave	3	Sem Suporte	3	Sem Autonomia	3	Alta Complexidade	8 e 9	

Parte 6. Parecer Equipe Técnica: O parecer deve orientar-se pelos itens abaixo:

a) Condições de higiene pessoal: () Boa () Regular () Ruim
b) Condições de higiene oral: () Boa () Regular () Ruim Uso de prótese: () Não () Sim () Superior () Inferior () Ambas
c) Fatores de riscos à saúde e à autonomia/independência presentes na moradia: Condições estruturais da moradia: () Boa () Regular () Ruim () Precária Condições da higiene doméstica: () Boa () Regular () Ruim () Precária Iluminação: () Boa () Regular () Ruim Ventilação: () Boa () Regular () Ruim Presença de umidade: () Sim () Não Disposição de móveis: () Adequada () Inadequada Uso de tapetes: () Sim () Não Presença de degraus e desníveis: () Sim () Não
d) Fatores de agravos: ausência de alimentos, violência, relações familiares, saúde mental, área de risco entre outros.
e) Comunicação: fala espontaneamente, fala quando estimulado, entende o que se fala, lê, escreve, faz uso de telefone entre outros.

PARECER:

Nome e Assinatura do Coordenador	Nome e assinatura do Enfermeiro	Nome e assinatura do Médico

ANEXO VIII

PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS
FICHA SUMÁRIO

PAI:	Data:
Nome do usuário:	D.N.:
Mote Inicial:	
1. Renda: Salários Mínimos	
2. Vive só: () Sim () Não	
3. Autonomia: () Sem autonomia () Autonomia Parcial () Autonomia Total	
4. Suporte Social () Total () Parcial () Sem suporte	
5. Grau de Dependência () Independente () Dependência Moderada () Dependência Total	
6. Dificuldade de deambulação () Sim () Não	
7. Dificuldade de acesso aos serviços de saúde () Sim () Não	
8. Risco de institucionalização () Sim () Não	
9. Residência na área de abrangência () Sim () Não	
10. Número de medicamentos:	
Observações	
Nome e assinatura do profissional	Data:

OBS: Esta ficha deixará de ser utilizada após a implantação do prontuário eletrônico.

EQUIPE TÉCNICA

Frequência de visitas:

	Coordenador (a)	Enfermeiro (a)	Médico (a)	Aux. Enf ^m	Outros
Diária					
Semanal					
Quinzenal					
Mensal					
Bimestral					
Trimestral					
Outros:					

Plano de cuidados da equipe técnica:

Blank area for the care plan, consisting of multiple horizontal lines for text entry.

Observações:

Blank area for observations, consisting of multiple horizontal lines for text entry.

Nome e assinatura do(a) Coordenador (a)	Nome e assinatura do(a) Enfermeiro (a)
Data:	Data:
Nome e assinatura do(a) Médico (a)	Nome e assinatura do(a) Auxiliar de Enfermagem
Data:	Data:

ANEXO X

PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS				
REAVLIAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS DA EQUIPE TÉCNICA E DO ACOMPANHANTE DE IDOSOS				
PAI: _____			Data: _____	
Nome do usuário: _____			D.N.: _____	
ACOMPANHANTE DE IDOSOS				
Classificação do Plano de Cuidados: () Simples () intermediário () Complexo				
Número de Visitas Semanais do Acompanhante: _____				
AÇÕES DO ACOMPANHANTE:				
1)	<u>Ações de Saúde</u>	Orientar	Monitorar	Auxiliar
a)	Medicação	()	()	----
b)	Consultas Médicas	()	()	()
c)	Exames e Receitas Médicas	()	()	()
d)	Reabilitação	()	()	()
e)	Otimização cognitiva	()	()	()
f)	Incontinência	()	()	()
g)	Prevenção de Quedas	()	()	()
2)	<u>Alimentação</u>	Orientar	Monitorar	Auxiliar
a)	Aquisição de alimentos	()	()	()
b)	Preparo de alimentos	()	()	()
c)	Refeições	()	()	()
3)	<u>Higiene Corporal</u>	Orientar	Monitorar	Auxiliar
a)	Banho	()	()	()
b)	Bucal	()	()	()
c)	Hidratação da pele	()	()	()
d)	Estética (unhas, cabelos, pelos, maquiagem, etc.)	()	()	()
4)	<u>Ambiente</u>	Orientar	Monitorar	Auxiliar
a)	Higiene (ventilação, umidade, iluminação, lixo, entulhos, organização)	()	()	()
b)	Riscos (tapetes, disp. móveis, escadas, iluminação, incêndio etc.)	()	()	()
c)	Animais/quantidade	()	()	()
5)	<u>Atividades Externas</u>	Orientar	Monitorar	Auxiliar
a)	Documentação pessoal (INSS, cartório, Receita Federal, inst. Financeira)	()	()	()
b)	Órgãos públicos e concessionárias	()	()	()
c)	Lazer, cultura, esporte e educação	()	()	()
d)	Visitas a instituições	()	()	()
• Orientar: Comunicar a importância de algo		• Auxiliar: Fazer junto		• Monitorar: Supervisionar o uso ou ações de
Atividades a serem desenvolvidas:				
Nome e assinatura do(a) Coordenador (a)			Nome e assinatura do(a) acompanhante	
Data:			Data:	

EQUIPE TÉCNICA

Frequência de visitas:

	Coordenador (a)	Enfermeiro (a)	Médico (a)	Aux. Enf ^m	Outros
Diária					
Semanal					
Quinzenal					
Mensal					
Bimestral					
Trimestral					
Outros:					

Plano de cuidados da equipe técnica:

Area with horizontal dotted lines for writing the care plan.

Observações:

Area for writing observations.

Nome e assinatura do(a) Coordenador (a) Data:	Nome e assinatura do(a) Enfermeiro (a) Data:
Nome e assinatura do(a) Médico (a) Data:	Nome e assinatura do(a) Auxiliar de Enfermagem Data:

6- Capacidade de tomar decisões/ Autonomia: () Total () Parcial		
Observações:		
7- Estado Funcional/ Grau de Dependência: () Leve () Moderada () Alta		
Observações:		
8 - Avaliação do humor:		
9 - Visão:		
10 - Data da última avaliação Oftalmologista:		
11- Audição:		
12- Dentição:		
13- Principal rede de suporte social encontrada:		
() Família () Amigos () Rede de Saúde () Comunidade () Inexistente		
14-Suporte Familiar:		
() Família presente e ativa () Família moderadamente ativa () Família ausente		
15-Suporte Social:		
() Suficiente () Insuficiente		
16 – Riscos Ambientais:		
17 – Encaminhamentos:		
Alta do Programa: ___ Data ___/___/_____		
Motivo:		
Nome e assinatura do(a) Coordenador (a)	Nome e assinatura do(a) Enfermeiro (a)	Nome e assinatura do(a) Médico (a)
Data:	Data:	Data:

ANEXO XIII

PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS
Comunicado de Alteração do Acompanhante de Idosos

PAI:	Data:
Nome do usuário:	D.N.:

Vimos por meio deste, informar que o(a) Acompanhante de Idosos _____
_____, a partir de ___/___/___, não realizará mais os atendimentos em sua
residência, por motivo de:_____.

Sendo assim, será substituído pelo (a) Acompanhante _____
_____. Ressaltamos que esta alteração não acarretará em prejuízo ao seu atendimento.

O(a) Sr.(a) permanecerá recebendo os demais profissionais do Programa e contará com o
apoio do(a) novo(a) Acompanhante na realização das atividades de vida diária.

São Paulo, ___/___/___

Nome e Assinatura do Usuário

Nome e Assinatura do Familiar ou Responsável

Nome e Assinatura do Profissional

ANEXO XIV

PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS Termo de Empréstimo de Equipamento

PAI: _____ Data: _____

Nome do usuário: _____ D.N.: _____

Eu _____, RG: _____,

CPF _____, domiciliado à _____,

n.º _____, complemento _____ Bairro _____,

Telefone _____, recebo deste serviço, por empréstimo:

() cadeira de banho

() muletas

() cadeira de rodas

() bengala

() andador

() _____

Pelo prazo de _____ dias.

Estou ciente de que sou responsável pela conservação e devolução do equipamento em perfeitas condições de uso. Em caso de perda ou dano ao equipamento, fica o responsável obrigado a providenciar a reposição da peça no prazo de 40 dias.

Data: ____ / ____ / ____

Nome e Assinatura do Usuário

Nome e Assinatura do Familiar ou Responsável

Nome e Assinatura do Profissional

PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PAI:	Data:
Nome do usuário:	D.N.:

O Programa Acompanhante de Idosos é oferecido pela **Secretaria de Saúde** da cidade de São Paulo, em parceria com a Instituição _____. Trata-se de um Programa de modalidade domiciliar, destinado a pessoas idosas, que apresentam dificuldade de acesso aos serviços de saúde por diferentes níveis de dependência e ou por dificuldades sociais diversas.

O Programa oferece apoio de um profissional, que vai à casa da pessoa idosa, para auxiliá-la nas Atividades de Vida Diária. Esse profissional é denominado "Acompanhante de Idosos" e está sob a responsabilidade da Equipe Técnica do Programa, sediado na _____. O Acompanhante não substitui o papel familiar, assim como não substitui o papel do cuidador familiar e ou particular. Ao longo do monitoramento do Programa pode ocorrer a mudança do acompanhante, sem que isto implique em prejuízos no desenvolvimento das atividades. As atividades a serem desenvolvidas podem ocorrer dentro e fora do domicílio, e serão planejadas em conjunto com o (a) Sr.(a), sempre com a sua concordância, portanto, é fundamental a sua participação (adesão) para a obter melhores resultados. Através da assinatura deste termo, o Sr (a) demonstra concordar em seguir as orientações e condutas propostas em comum acordo entre o(a) Sr.(a.) com a equipe do Programa, durante o acompanhamento.

Através da assinatura deste documento, o(a) Sr.(a) demonstra que concorda em ser incluído no Programa e em receber a visita do Acompanhante de Idosos e dos demais profissionais da Equipe nos horários e dias combinados. É importante informar que os dias e horários de visita podem sofrer alteração, conforme a demanda de atendimento de cada acompanhante. Assim como, também, pode variar de acordo com as necessidades apresentadas pelo Sr.(a). É importante ficar claro que não será permitido que o acompanhante dê, ou altere, medicações de que o(a) Sr.(a) faz uso. É expressamente proibido ao acompanhante, ou a qualquer membro da Equipe, realizar atividade relacionada à questões financeiras, como acesso a senhas bancárias e realização de saques. Caso necessário, o acompanhante, ou algum outro membro da Equipe, poderá acompanhá-lo(a) para a realização dessas tarefas.

Ressaltamos que o(a) sr.(a) tem total liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar do Programa Acompanhante de Idosos a qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo, assim como a Equipe poderá desligá-lo do Programa, caso ocorram as seguintes situações: recuperação de autonomia e ou da independência; internação em Instituição de Longa Permanência para Idosos; mudança de área de abrangência; quando a família compreende e assume os cuidados necessários; não adesão às diretrizes e orientações do Programa, tais como: a) ausentar-se deliberadamente da residência nos dias de atendimento, de forma contínua, seguida ou intercalada, de acordo com a avaliação da Equipe Técnica, b) não seguir as orientações fornecidas, tendo ciência de que isso impossibilita a prevenção, manutenção ou recuperação de sua saúde, o que levará à não obtenção de ganhos com o programa; c) não aceitar o Programa em sua totalidade, com priorização de alguns serviços apenas, como atendimento médico e o uso do carro.

As atividades propostas e aceitas pelo(a) sr.(a) serão detalhadas num Plano de Cuidados.

Em situações de emergência, o serviço a ser acionado imediatamente é o SAMU, pelo numero 192.

Eu, _____, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido acima, declaro estar ciente e de acordo em participar do Programa Acompanhante de Idosos, parceria entre a Secretaria de Saúde da cidade de São Paulo e _____, recebendo, regularmente, em minha casa o(a) acompanhante designado, por prazo indeterminado, com avaliações periódicas.

Autorizo () Não autorizo ()

A veiculação de imagem de minha participação em atividades do Programa Acompanhantes de Idosos, com a finalidade de divulgação do mesmo.

Autorizo () Não autorizo ()

Estou ciente e a acordo que meu transporte em veiculo do Programa, será realizado, sempre que possível e de acordo com a disponibilidade do serviço, para atividades externas. Também estou ciente de que o veículo disponibilizado pelo PAI te como finalidade o uso destinado unicamente e exclusivamente para fins de exercício das atividades inerentes ao Programa, a fim de cumprir o planejamento da equipe para os meus cuidados, sendo vedada a utilização deste veículo para uso particular ou de terceiros, bem como conceder "carona".

Declaro ter sido suficientemente informado e esclarecido sobre o Programa Acompanhante de Idosos, autorizando o acompanhante a entrar e sair da minha residência, conforme estabelecido acima e conforme o Plano de Cuidados.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Assinatura do usuário ou responsável

Assinatura de familiar ou cuidador (se houver)

Assinatura do responsável pela leitura do
Termo de Consentimento (Equipe do Programa)

Assinatura do Acompanhante de Idoso

ANEXO XVI

**PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS
REGISTRO DE ALTA**

PAI:	Data:
Nome do usuário:	D.N.:
Data de Entrada no PAI ____/____/____	
Desligamento do PAI ____/____/____	
Nome Completo	
Endereço:	
Telefones:	
Responsável:	
Motivo do desligamento: <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Mudança de Região <input type="checkbox"/> Institucionalização <input type="checkbox"/> Quando a família assume os cuidados <input type="checkbox"/> Recuperação de Autonomia e Independência <input type="checkbox"/> A pedido do usuário do programa <input type="checkbox"/> Alta administrativa <input type="checkbox"/> Outros:	
Relatório (Justificar o item marcado acima e acrescentar resultados do acompanhamento e exames avaliações realizados de acordo com o Plano de Cuidados):	
_____ Assinatura do usuário ou responsável	_____ Assinatura de familiar ou cuidador (se houver)
_____ Assinatura do responsável pela leitura do Termo de Consentimento (Equipe do Programa) Data ____/____/____	_____ Assinatura do Acompanhante de Idoso

PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS
TERMO DE COMPROMISSO - ACOMPANHANTE DE IDOSOS

PAI:	Data:
Nome do usuário:	D.N.:

Eu, _____ como Acompanhante de Idosos do Programa Acompanhante de Idosos da Secretaria Municipal da Saúde da Cidade de São Paulo, estou ciente que no exercício de minha função, fica EXPRESSAMENTE PROIBIDO:

- Administrar e manusear dinheiro ou bens da pessoa idosa atendida, salvo situações excepcionais*, que deverão estar discriminadas no Plano de Cuidados e supervisionadas pela equipe técnica.
- Ter acesso às senhas do cartão de banco e/ou aposentadoria e, conseqüentemente, realizar saques;
- Receber valores em espécie (dinheiro);
- Mexer nos pertences da residência, sem prévia autorização,
- Ter a posse das chaves de acesso à residência;
- Coagir o idoso a desenvolver ações em benefício próprio;
- Administrar ou informar sobre efeitos de medicamentos;
- Informar diagnóstico (doenças);
- Expor a vida pessoal ou familiar da pessoa idosa atendida;
- Emitir julgamento, coagir, ou induzir a pessoa idoso a tomar decisões de foro pessoal (religioso, político, cultural, moral e sexual), ou que envolvam sua saúde;
- Comunicar-se de forma desrespeitosa, utilizando gírias ou palavras de duplo sentido;
- Realizar atividades fora do horário e data previstos no Plano de Cuidado sem autorização da Equipe Técnica;
- Em caso de desligamento do usuário, retornar à sua residência, para desenvolver ações de acompanhamento;
- Em caso de rescisão de meu contrato de trabalho, retornar à residência do idoso, apresentando-me como profissional do Programa.

Fico ciente, ainda, de que atos iguais, similares, ou que, de qualquer forma, conflitem com as normas legais e da empresa, acarretarão outras penalidades mais graves, podendo, inclusive, ensejar a aplicação de uma das hipóteses de justa causa previstas pelo artigo 482 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

São Paulo, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) Acompanhante de Idoso

Assinatura do(a) Coordenador (a)

* Entende-se por situações excepcionais as decorrentes das perdas significativas de autonomia ou independência das pessoas idosas atendidas pelo PAI, principalmente sua limitação da capacidade de ir e vir, que leva, muitas vezes, à necessária administração, supervisão e acompanhamento pela equipe técnica dos seus recursos financeiros, visando suprir demandas alimentares e outras que se fizerem necessárias, com conseqüente prestação de contas.

ANEXO XVIII
Formulários das Estratégias de Monitoramento e Avaliação do PAI
1- DADOS GERAIS

PAI 2016	PAI:	jan/16		fev/16		mar/16		abr/16		mai/16		jun/16		jul/16		ago/16		set/16		out/16		nov/16		dez/16		
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
I n d i c e s e	Proporção de Idosos em atendimento em relação ao previsto (70% - 100%) - (84 - 120)																									
	Proporção de atendimentos médicos relacionados em relação ao previsto (80% - 100%) - (48 - 60)																									
	Proporção de atendimentos do enfermeiro realizado em relação ao previsto (80% - 100%) - (72 - 90)																									
	Proporção de Visitas Domiciliares do Acompanhante do Idoso em relação ao previsto (80% - 100%) - (576 - 720)																									
I A n c i m p a a d n o h r e m s e n d t e o	Proporção de Atendimento do Coordenador em relação ao previsto (70% - 100%) - (24 - 30)																									
	Proporção de Atividades de educação permanente realizadas (110%) - (1)																									
	Proporção de atendimentos do auxiliar de enfermagem, realizados em relação ao previsto (80% - 100%) - (173 - 216)																									
I n d i c a d i o r e s	Monitoramento de ações do ACI no plano de cuidados de grau simples																									
	Monitoramento de ações do ACI no plano de cuidados de grau intermediário (2 visitas domiciliares por semana)																									
	Monitoramento de ações do ACI no plano de cuidados de grau intermediário (3 visitas domiciliares por semana)																									
	Monitoramento de ações do ACI no plano de cuidados de grau complexo																									
Sexo	Feminino																									
	Masculino																									
Faixa etária	60 a 69 anos																									
	70 a 79 anos																									
	80 a 89 anos																									
	90 a 99 anos																									
	100 anos e +																									
Grau de Complexidade	Simple																									
	Intermediário																									
	Complexo																									

PAI:	jan/16	fev/16	mar/16	abr/16	mai/16	jun/16	jul/16	ago/16	set/16	out/16	nov/16	dez/16
número de idosos em atendimento												
número de incluídos												
número de cadastrados												
número de atendimentos												
número de procedimentos												
número de atividades com a equipe												

Fonte: ATSPI- SMS/G, 2016

ANEXO XVIII
Formulários das Estratégias de Monitoramento e Avaliação do PAI
2 - ATIVIDADES DO ENFERMEIRO

ENFERMEIRO		jan/16	fev/16	mar/16	abr/16	mai/16	jun/16	jul/16	ago/16	set/16	out/16	nov/16	dez/16
ATIVIDADES COM O USUÁRIO	Atendimento (por usuário)												
	Elaboração e revisão do Plano de Cuidados												
	Sinais Vitais												
	Glicemia Capilar												
	Curativo												
	Higiene Corporal												
	Medicação Via Oral												
	Medicação Injetável												
	Coletas												
	Catéter												
	Encaminhamento de Saúde / P.S.												
	Orientação ao usuário												
	Orientação Familiar												
	Relatórios												
	Interface com outros serviços												
Contatos													
ATIVIDADES DO PROFISSIONAL	Educação Permanente												
	Supervisão												
	Reunião												
	Grupo												
	Relatórios / Produtividade												
Contatos													
Total													

ANEXO XVIII
Formulários das Estratégias de Monitoramento e Avaliação do PAI
3 - ATIVIDADES DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

AUXILIAR DE ENFERMAGEM		jan/16	fev/16	mar/16	abr/16	mai/16	jun/16	jul/16	ago/16	set/16	out/16	nov/16	dez/16
ATIVIDADES COM O USUÁRIO	Sinais Vitais												
	Glicemia Capilar												
	Curativo												
	Higiene Corporal												
	Medicação Via Oral												
	Medicação Injetável												
	Coletas												
	Catéter												
	Encaminhamento de Saúde/P.S.												
	Orientação ao usuário												
	Orientação Familiar												
	Relatórios												
Contatos													
ATIVIDADES DO PROFISSIONAL	Educação Permanente												
	Supervisão												
	Reunião Grupo												
	Relatórios / Produtividade												
	Contatos												
Total													

ANEXO XVIII
Formulários das Estratégias de Monitoramento e Avaliação do PAI
4 - ATIVIDADES DO MÉDICO

MÉDICO		jan/16	fev/16	mar/16	abr/16	mai/16	jun/16	jul/16	ago/16	set/16	out/16	nov/16	dez/16
ATIVIDADES COM O USUÁRIO	1º Consulta												
	Retorno												
	Elaboração e revisão do Plano de Cuidados												
	Avaliação Geriátrica Ampla AGA												
	Orientação Familiar												
	Receitas / Alto Custo												
	Exames												
	Discussão Clínica												
	Orientação ao usuário												
	Relatórios												
	Encaminhamento UBS												
	Encaminhamento especialidades												
Contatos													
Interface com outros serviços													
ATIVIDADES DO PROFISSIONAL	Educação Permanente												
	Supervisão												
	Reunião Grupo												
	Relatórios / Produtividade												
	Contatos												
Total													

ANEXO XVIII
Formulários das Estratégias de Monitoramento e Avaliação do PAI
5 - ATIVIDADES DO COORDENADOR/ASSISTENTE SOCIAL

COORDENADOR/ A. SOCIAL		jan/16	fev/16	mar/16	abr/16	mai/16	jun/16	jul/16	ago/16	set/16	out/16	nov/16	dez/16
ATIVIDADES COM O USUÁRIO	Atendimento (por usuário)												
	Elaboração e revisão do Plano de Cuidados												
	Intervenção												
	Encaminhamento												
	Orientação ao Usuário												
	Orientação Familiar												
	Relatórios												
	Contatos												
	Interface com outros serviços												
ATIVIDADES DO PROFISSIONAL	Educação Permanente												
	Supervisão												
	Reunião												
	Grupo												
	Relatórios / Produtividade												
	Gestão Administrativa												
	Contatos												
Total													

ANEXO XVIII
Formulários das Estratégias de Monitoramento e Avaliação do PAI
6 - ATIVIDADES DO ACOMPANHANTE DE IDOSOS

ACOMPANHANTE		jan/16	fev/16	mar/16	abr/16	mai/16	jun/16	jul/16	ago/16	set/16	out/16	nov/16	dez/16
ATIVIDADES COM O USUÁRIO	Higiene												
	Acolhimento												
	Ambiente												
	Física Lazer												
	Externa												
	Saúde												
ATIVIDADES DO PROFISSIONAL	Educação Permanente												
	Supervisão												
	Reunião												
	Grupo com Usuários												
	Relatórios												
Total													

Fonte: ATSPI- SMS/G, 2016

21. BIBLIOGRAFIA

Almeida LMP. Vulnerabilidade Social. Desenvolvimento Humano no RECIFE – Atlas Municipal, 2006.

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):63-72;2001.

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. vol.8 no.14 Botucatu Sept./Feb. 2004.

Braga, MCA. Redes Sociais de Suporte e Humanização dos Cuidados em Saúde. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde. Conceitos, dilemas e práticas*. Editora Fiocruz. 2006.

Braga MCA. *Redes Sociais de Suporte aos pais dos bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal [dissertação]*. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2006. p.22.

Brêtas ACP. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF) 2003 maio/jun;56(3):298-301.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001, pág. 117-30.

Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro, R; Mattos, RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2007. 248 p. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, n. 9.

Duarte YAO, Lebrão ML, Lima FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2005;17(5/6):370-8.

Fried LP et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype J Geront. v.56, n.3, 2001. p.M146-56.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Ministério da Saúde. Plano Nacional Integrado de Ações de Proteção à Pessoa Idosa – SUAS – SUS. Brasília, maio de 2008.

Ministério da Previdência e Assistência Social - Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001 – SEAS/MPAS. Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 out. 2006. Seção 1, p. 142.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. p.52. Cadernos da Atenção Básica; n. 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos – Brasília. 2007. 192p.

Organização das Nações Unidas – ONU. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002/Comissaria del Comitê Organizador Espanhol de la II assembléa Mundial sobre el Envejecimiento. Madri: 2002.

Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-americana da Saúde - Envelhecimento Ativo: uma política de saúde/ World Health Organization: tradução Suzana Gontijo. Brasília: OPAS; 2005.

Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.60p.: il.

Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria 1805/2014-SMS.G, de 30 agosto de 2014. Institui a Coordenação das Redes de Atenção à Saúde e Áreas Temáticas que especifica [internet]. Diário Oficial Cidade de São Paulo. 30 de agosto de 2014; página 28. São Paulo: 2003 [acesso em 11/11/2016]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Portaria18052014CORAS.pdf>.

Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. [Documento Norteador do Programa Acompanhante de Idosos](#) [internet]. São Paulo: 2012 [acesso em 05/12/2016]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/pessoaidosa/DocumentoNorteador-PAI.pdf>.

Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal da Saúde- 2008-2009. São Paulo, Agosto de 2008.

Senado Federal e Câmara dos Deputados. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.