

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Coordenação da Atenção Básica

Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa

DOCUMENTO NORTEADOR
UNIDADE DE REFERÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO
URSI

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 RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO

2016

- **Ana Paula Maeda de Freitas - CRI Norte**
- **Cláudia Azevedo Neves - URSI Santo Amaro**
- **Cristina da Costa Pardal - Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, CRS Leste**
- **Doralice Severo da Cruz - Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, Coordenação da Atenção Básica, SMS – G**
- **Eliana Aparecida Pinto - Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, STS SACA**
- **Elisa Aparecida Gonçalves Moreira - CRS Sudeste**
- **Heloisa Lara S. N. Guardado - Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, CRS Norte**
- **Leonardo José da Costa Lima - Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, Coordenação da Atenção Básica, SMS - G**
- **Maria do Socorro Timbó Mendes - URSI Sé**
- **Mayara Regina Pinto Ghilard - Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, CRS Norte**
- **Munira Simão Aiex - OS Santa Catarina**
- **Neuza Correia Cavalcanti - Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, STS Campo Limpo, CRS Sul**
- **Noeli Aparecida Gallinari - Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, STS Vila Prudente, CRS Sudeste**
- **Oswaldo M. Sumita - Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, STS IPIRANGA, CRS Sudeste**
- **Regina Garcia do Nascimento – IPGG**
- **Renata Luciana H. Fregonezi - Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, CRS Sudeste**
- **Rosa Maria Bruno Marcucci - Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, Coordenação da Atenção Básica, SMS - G**
- **Sandra Cristina Coelho Teixeira - Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, Coordenação da Atenção Básica, SMS – G**
- **Sergio Marcio Pacheco Paschoal - Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, Coordenação da Atenção Básica, SMS - G**
- **Sueli Aparecida Manesco - Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, URSI Sé**
- **Vera Lucia M. da Silva - Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, STS São Mateus, CRS Leste**

COLABORADORES NA ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO

2016

Alexandra Bauer - UBS Caxingui / Amabili Guiotto Bezerra - CRI Norte / Amanda L. Venys de Azevedo - UBS Vila Romana / Ana Elisa Gonçalves De Almeida Casolini - URSI Mariquinha Sciácia / Ana Flor O. Picolo - NASF MBoi / Ana Helisa Aoki - CRS Sudeste / Ana Heliza Conceição Antonio - URSI Carandiru / Ana Patricia Carneiro G. Bezerra - CEO Lapa / Ana Veruza Carneiro - UBS Caxingui / Andrea Costa de Brito - URSI Sé / Andrea Cristiane Magalhães - CRI Norte / Antonio P. Seman - UBS JAE / Ariene Martinez Matsunaga – SPDM / Aurea Maria Vaccaro - STS Parelheiros / Bárbara Barros Silva – UNIFESP / Bruno Guardieiro - CRI Norte / Camila M. Miguel - URSI Mariquinha Sciácia / Carlos Adriano Plá Bento - URSI Cidade Ademar / Carlos Eduardo Gouveia da Silva - STS Vila Maria/ Vila Guilherme / Carolina C. H. Borrego - Cri Norte / Carolina Menezes Sinato – IPGG / Caroline Santana - URSI Mariquinha / Celia Regina Sekursinski - URSI São Vicente de Paula / Cicero Vicente Alves - URSI Mariquinha Sciácia / Cintia Clemente de Souza Cesão - / Claudia Azevedo Tissot - URSI Cidade Ademar / Claudia O. Raigaro - CRI Norte / Cleoni de Oliveira – SPDM / Conceição A. P. Munhoz - STS Mooca/Aricanduva / Cristiane de Melo Matinez – IPGG / Cristiane de Melo Martinez – IPGG / Daniela Horikawa -CRI Norte / Daniela N. Oliveira - URSI Mariquinha Siácia / Danielle Boni Bezerra - CRI Norte / Danilo Damasio - CRI Norte / Decio Grizante Filho - STS Casa Verde / Denis Kauê M. Tosta - URSI Mariquinha Sciácia / Denise Figueiredo Pedroso - URSI Sé / Denise Regina Piva - CRI Norte / Diego da Silveira - OS Santa Catarina / Dirce J. Carvalho - OS CEJAM / Dirce Cruz Marques - SMS –G / Dirlene Cristina da Costa - STS Mooca/Aricanduva / Domingos Silvestrini - STS Butantã / Edyra D. da Costa e Silva - CRS Oeste / Elaine Cristina Guglielmi -STS Penha / Elizabete Cardoso Coelho - URSI Mariquinha Sciácia / Elizabeth Cardoso Coelho –URSI Mariquinha Sciácia / Emiliye Hoshie Nazawa - URSI Mariquinha Sciácia / Erica Lie Araki Del Mastro / Fabiana Fiuza Teixeira - NASF Oeste / Felisberto Costa França - UBS Jd Colorado / Flavio Carlos Cardoso - URSI Carandiru / Franciele R. G. Malheiros - URSI Carandiru / Gerson Rodrigues da Silva - Hora Certa Penha / Giselli Cachoeira - STS IPIRANGA / Heitor Siqueira Brazil - URSI Cidade Ademar / Helena Souza Lopes - STS M’Boi Mirim / Heloisa A. Tocci - URSI Cidade Ademar / Heloisa Suzuki Sawada - URSI Santo Amaro / Hissae Miura - URSI Cidade Ademar / Iara Alves De Camargo - SMS – G / Ione Cecilia P. Viaro - STS Mooca/Aricanduva / Iris Camila Pinheiro Perderson - URSI Mariquinha Sciácia / Jessica Pugliese - URSI Carandiru / José Ruben de Alcântara Bonfim - SMS-G / Joyce A. Canto da Silva - CRS Norte / Juliana R. Pontes - URSI Mooca / Karina M. Dib - STS São Mateus / Kellem Vincha - FSP – USP / Liamar Loddi - STS Itaim Paulista / Liliam Fatima Costa Faria - URSI Ipiranga / Luana Paula S. Lima - URSI Capela do Socorro / Luciana Almeida B .De Mello - CRS Sudeste / Luzimar Cosme Ferreira - STS Campo Limpo / Lygia M. B. Boyianni - STS Ipiranga / Manoela Pires do Couto – CRI Norte / Marcelo de Camargo Barocho - UBS Casa Verde / Márcia Cassiana Rosa - STS Itaquera / Marcia Duarte de Oliveira - STS Lapa-Pi / Marcia Penteado de Oliveira Faria - URSI Santo Amaro / Márcia Tazima Imaniche - STS Ipiranga / Margareth Inês Veggiato R. de Melo - UBS Vila Romana / Maria Aparecida Romano Vieira - UBS São Vicente de Paula / Maria Eloisa Demani - URSI Mooca / Maria Esther R. F. Trench - CRSSUL – G / Maria Lucia Pedrosa – CRI Norte / Maria Lucia S. Pinho - CRS Oeste / Maria Rosária J. A. M. Silva - CRSS Sudeste / Maria Trindade S. Coelho - STS Ipiranga / Mariana Haromi Brandão Olinto - CRI Norte / Mario Nakanishi - SMS – G / Maristela F. C. Carvalho – IPGG / Mariza Beraldo - SMS - G / Maura M. B. Cora Gomes - / Melissa Sciulli - URSI Santo Amaro / Midory C. S. Namihica - CRI Norte / Miriam Goldim Meira Tigo - UBS MIRIAN II / Patricia Myashiro Uro - Jd Miriam II / Patricia Sirianni - URSI Cidade Ademar / Paulo Leandro de Oliveira - Jd Edite / Paulo Sergio Pelegrino - IPGG / Rafaela Fernandes - URSI Mariquinha Sciácia / Regina Auxiliadora A. Marques - SMS – G / Renata Genesini Galvão - CRS SUL / Renata Leme Reis - URSI São Vicente De Paula / Renato M. A. Fabbir - URSI Sé / Ricardo A. Potter - URSI São Matheus / Rita Helena B. Pinheiro - SMS – G / Roberta Catia N. Moura - STS Itaquera / Roberta Elias Manna - URSI Sé / Rosangela Bezerra Santos - / Sandra Alves Barbosa – IPGG / Sandra M. S. Fonseca - STS SACA / Sandra S. L. Pato - STS Mooca/Aricanduva / Sanny F. Bueno Grosso - STS Mooca/Aricanduva / Selma Raiza Artesi - URSI Mariquinha Sciácia / Silvana De O. D. Ladeira - URSI Carandirú / Silvia A. B. Tamai - URSI Sé / Silvia Costa S. Braga - UBS São Matheus / Sonia Aparecida A. Lachs - STS Itaim Paulista / Sonia Raquel W. Coelho - STS Capela do Socorro / Tamara N. Petroni - CRI Norte / Tatiane Luna Castanho - SMS -G / Terezinha Aparecida S. Faria / URSI Mooca / Thaila Maki Hiroga - CRI Norte / Valeria Maria Sinegalia - UBS Carandirú / Vanessa Alves da Silva - CRI Norte / Walter Anibal Filho - URSI Carandiru / Thiago Vinicius Nadaletto Didone - UBS Ponte Rasa / Sandra Aparecida Jeremias - SMS-G

Ficha catalográfica

S241d São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde

Documento norteador: Unidade de Referência à Saúde do Idoso do Município de São Paulo, 2016. / Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica, Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. – São Paulo: SMS, 2016.

127p.

1. Idoso. 2. Saúde do Idoso. 4. Saúde Pública. 5. Atenção Secundária à Saúde. I. Coordenação da Atenção Básica, Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. II. Título

CDU-614-053.9



*Unidade de Referência
em Saúde do Idoso*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1	. INTRODUÇÃO	12
1.1.	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	12
1.2.	POLÍTICA PÚBLICA MUNICIPAL PARA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA	13
1.3.	AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA (RASPI)	15
1.4.	MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA RASPI: CONDIÇÕES CRÔNICAS, ENVELHECIMENTO ATIVO E CAPACIDADE FUNCIONAL	21
1.4.1.	Modelo de atenção às condições crônicas	21
1.4.2.	Envelhecimento ativo	24
1.4.3.	Capacidade Funcional	26
2.	DEFINIÇÃO	33
2.1.	UNIDADE DE REFERENCIA À SAÚDE DO IDOSO (URSI)	33
3.	OBJETIVOS DA URSI	35
3.1-	OBJETIVOS GERAIS	35
3.2 -	Objetivos Específicos	35
4.	PLANEJAMENTO GERAL DAS AÇÕES	37
4.1.	AVALIAÇÃO DAS METAS E RESULTADOS	39
5.	ACESSO E CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA A URSI	40
5.1.	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS NO ACOLHIMENTO NA URSI – AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA GLOBAL (AGG) E AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA (AGE)	41
5.1.1.	AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA GLOBAL (AGG)	42
5.1.2.	AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA (AGE)	44
5.2.	ACOLHIMENTO	45
5.3.	SISTEMA DE REGULAÇÃO - REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA	46

6. PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA URSI	49
6.1. PRIMEIRO ATENDIMENTO.....	49
6.2. GERENCIAMENTO COMPARTILHADO	49
6.2.1. RELATÓRIO INICIAL.....	51
6.3. GESTÃO COMPARTILHADA DE CASOS COMPLEXOS	54
6.4. TEMPO DE PERMANÊNCIA NA URSI E ALTA	55
7. EQUIPE	56
7.1. CONCEITO DE EQUIPE	56
7.2. COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES	57
7.3. EQUIPES DE REFERÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA	58
7.4 - GERIATRAS ISOLADOS E EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NÃO LOTADAS NAS URSI	58
7.5 - ATRIBUIÇÕES E PERFIS DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DA URSI.....	59
7.5.1. - Atribuições Gerais dos profissionais que compõem a equipe da Unidade de Referência à Saúde do Idoso – URSI	60
7.5.2. Atribuições e Perfil do Coordenador da URSI	62
7.5.3. Atribuições e Perfil do Assistente Social	65
7.5.4. Atribuições e Perfil do Cirurgião-Dentista	66
7.5.5. Atribuições e Perfil do Enfermeiro.....	68
7.5.6. Atribuições e Perfil do Técnico/Auxiliar de Enfermagem	70
7.5.7. Atribuições e Perfil do Farmacêutico	72
7.5.8. Atribuições e Perfil do Médico Geriatra	74
7.5.9. Atribuições e Perfil do Terapeuta Ocupacional	75
7.5.10. Atribuições e Perfil do Psicólogo.....	78
7.5.11. Atribuições e Perfil do Fisioterapeuta	79
7.5.12. Atribuições e Perfil do Fonoaudiólogo	81
7.5.13. Atribuições e Perfil do Nutricionista	83
7.5.14. Atribuições e Perfil do Assistente de Gestão de Políticas Públicas (AGPP)	85
7.5.15. Atribuições e Perfil do Auxiliar de Saúde Bucal	86
7.5.16. Atribuições e Perfil do Técnico de Saúde Bucal	87

7.5.17. Atribuições e Perfil do Profissional de Educação Física	89
7.6. CARGA HORÁRIA DOS PROFISSIONAIS E DISTRIBUIÇÃO DE HORAS/ATIVIDADE	91
7.6.1 - Distribuição da carga horária do médico geriatra de 20 horas semanais:.....	91
7.6.2. Distribuição da carga horária do cirurgião-dentista de 20 e 40 horas semanais:	92
7.6.3. Técnico e Auxiliar de Saúde Bucal.....	95
7.6.4. Profissionais de nível superior com carga horária de 40 horas – Nutricionista, Psicólogo e Fonoaudiólogo.....	95
7.6.5.- Profissionais de nível superior com carga horária de 40 horas - Farmacêutico.....	96
7.6.6. Profissionais de nível superior com carga horária de 30 horas – Assistente Social, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional e Educador Físico	98
7.6.7. Profissionais de nível superior com carga horária de 30 horas – Enfermeiro.....	101
7.6.8. Auxiliar de enfermagem	102
7.7. ORGANIZAÇÃO DA AGENDA	102
7.8. DISTRIBUIÇÃO DE HORAS POR TIPO DE ATIVIDADE DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA URSI - PARAMETRIZAÇÃO DO ATENDIMENTO	103
8. URSI COMO POLO DE ASSISTÊNCIA	104
8.1. TERRITORIALIZAÇÃO E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES	104
8.2. AÇÕES DA EQUIPE GERONTOLÓGICA	105
9. URSI COMO POLO FORMADOR DOS PONTOS DE ATENÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	106
9.1. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS.....	106
9.2. TELESSAÚDE	108
9.3. MATRICIAMENTO	110
9.4. EDUCAÇÃO PERMANENTE	110
10. SISTEMA DE INFORMAÇÃO E INDICADORES	112
11. INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ORDENAMENTO E DEFINIÇÃO DE FLUXOS PARA OUTROS PONTOS DA RAS.....	112
12. CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122

APRESENTAÇÃO

A Área Técnica da Saúde da Pessoa Idosa (ATSPI) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) estabeleceu, dentre as suas prioridades para o ano de 2016, a elaboração e divulgação do Documento Norteador das Unidades de Referência à Saúde da Pessoa Idosa (URSI), integradas à Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (RASPI), ordenada pela Atenção Básica e articulada com áreas e programas da SMS-SP e de outras secretarias que apresentem interface com o campo de atuação.

Este documento foi elaborado pela ATSPI, em conjunto com os Interlocutores de Saúde da Pessoa Idosa das Coordenadorias Regionais de Saúde, Supervisões Técnicas de Saúde, profissionais da área da Gerontologia e das Organizações Sociais parceiras, e tem como objetivo subsidiar a discussão sobre a organização do cuidado ofertado à pessoa idosa no âmbito da URSI, propondo estratégias, para fortalecer articulações e qualificar o cuidado com a população idosa encaminhada para esse serviço.

A articulação intersetorial também representa recurso importante, para qualificar a atenção nos territórios, em especial com a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, com o Ministério do Desenvolvimento e com a Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania.

O Modelo proposto apresenta-se em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PT nº 2.528/2006) e com os marcos:

- ❖ ¹Política Nacional do Idoso – Lei nº 8.842/1994, que prevê a garantia dos direitos sociais à pessoa idosa.
- ❖ ²Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741/2003, em especial no que concerne ao Capítulo IV – Do Direito à Saúde.

¹ Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: 2006

² Brasil. Lei nº 10.741/2003, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 03 out 2003

- ❖ ³Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil (2011-2022), em especial no que se refere à Estratégia 12, Eixo II, Promoção da Saúde.
- ❖ ⁴Portaria nº 4.279/2010, que estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- ❖ ⁵Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8080/1990, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.
- ❖ ⁶Decreto nº 8.114 /2013, que estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo.
- ❖ ⁷Plano de Metas da Prefeitura de São Paulo, (2013 -2016) em especial no seu Objetivo 10: Promover a inclusão e a garantia dos direitos da população idosa.

³ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: 2011 - Série B. Textos Básicos de Saúde.

⁴ Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretriz para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

⁵ Brasil. Governo Federal. Decreto nº 7.508/2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

⁶ Brasil. Governo Federal. Decreto nº 8.114 /2013. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação.

⁷ Prefeitura do Município de São Paulo. Plano de Metas da Prefeitura de São Paulo, (2013 -2016).

1. INTRODUÇÃO

1.1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

O envelhecimento populacional foi uma das maiores conquistas da humanidade no século passado. O Município de São Paulo tem acompanhado o ritmo rápido de envelhecimento da população brasileira e mundial. Segundo dados do IBGE, em 2010, os idosos (pessoas de 60 anos ou +) representavam 11,9% da população do município, totalizando 1.338.138 pessoas¹.

A projeção para julho de 2016, da Fundação SEADE², para o município de São Paulo, mostra um rápido aumento desse envelhecimento, com 1.619.760 idosos, constituindo 13,9% da população, um incremento de 2,0% em seis anos e meio.

A Fundação SEADE³ aponta como importante resultado das projeções a constatação do inexorável processo de envelhecimento da população da cidade de São Paulo. O índice de envelhecimento, que relaciona o total de pessoas com 60 anos ou mais de idade com a população que tem menos de 15 anos, deverá dobrar em 20 anos, passando de seis idosos para cada dez jovens, em 2010, para doze idosos para cada dez jovens em 2030 e, novamente, quase dobrar em 2050, ao atingir o índice de 21 idosos para cada dez jovens. Isto significa que o contingente de pessoas com idades mais avançadas será sucessivamente superior ao de crianças e jovens menores de 15 anos a partir de 2027.

Para 2030, a Fundação SEADE³ aponta, também, que todos os Distritos Administrativos da cidade de São Paulo terão proporção de idosos acima de 14%, índice este considerado como de população envelhecida⁴, com vários deles se aproximando de 1/3 de idosos na composição da estrutura etária. Ressalta-se, assim, a grande velocidade do processo de envelhecimento da cidade de São Paulo, em curto período de tempo.

O crescente e significativo número de idosos na população paulistana reflete a necessidade de políticas públicas, especialmente de saúde, voltadas para este importante segmento populacional.

O Pacto pela Saúde de 2006⁵, em sua dimensão Pacto pela Vida, estabelece seis áreas prioritárias de atuação, dentre as quais se situa a saúde da população idosa. Nesse documento,

pela primeira vez na história do SUS, a saúde da população idosa consta como prioridade das três esferas de governo e são destacadas sete ações estratégicas para que essa prioridade se efetive: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa, Programa de Educação Permanente à Distância, Acolhimento, Assistência Farmacêutica, Atenção Diferenciada na Internação (Avaliação Geriátrica Global) e Atenção Domiciliar.

1.2. POLÍTICA PÚBLICA MUNICIPAL PARA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Uma vez constatado o envelhecimento populacional, faz-se necessário desenvolver políticas públicas específicas, que possam garantir o envelhecimento saudável e a melhoria da qualidade de vida dos idosos, principalmente daqueles com algum tipo de perda funcional e agravo à saúde, que caracterize estado de fragilidade.

Também é importante atuar nas situações de vulnerabilidade, identificando situações de violência contra a pessoa idosa, buscando garantir condições ambientais mais favoráveis (acessibilidade), estimulando a convivência intergeracional, proporcionando segurança ambiental e segurança pública, trabalhando intersetorialmente na busca por melhores condições, para que se possa desfrutar plenamente este ciclo de vida.

A ATSPI possui como princípios de atuação:

1. A Atenção à Saúde da Pessoa Idosa deve ser organizada como parte integrante da Atenção à Saúde da população geral;
2. A Atenção à Saúde da Pessoa Idosa deve ter como base um trabalho interprofissional;
3. A Atenção à Saúde da Pessoa Idosa deve dar ênfase aos aspectos de prevenção;
4. A Atenção à Saúde da Pessoa Idosa deve adotar critérios globais que levem em consideração o idoso como um ser integral;
5. A Atenção à Saúde da Pessoa Idosa deve se desenvolver com a estreita participação dos usuários;
6. A Atenção à Saúde da Pessoa Idosa deve criar um mecanismo de avaliação contínua, que permita aos responsáveis introduzir as mudanças necessárias.

As diretrizes definidas na Política Municipal 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;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas;
- Autonomia e Independência;
- Prevenção de doenças;
- Recuperação da saúde dos que adoecem;
- Reabilitação da capacidade funcional restrita;
- Manutenção e melhoria da capacidade funcional;
- Garantia de permanência em seu próprio meio.

O Plano Municipal da Saúde de 2013⁶, amparado pela Lei 8080⁷ (1990), Portaria 399/MS⁵ (2006) e Lei 10741⁸ (2003) tem como eixos principais:

- Ampliar a rede de equipamentos e programas para a população idosa;
- Fortalecer o papel ordenador da Atenção Básica no cuidado à pessoa idosa;
- Promover a transdisciplinaridade, buscando ações transversais com as demais áreas.

1.3. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA (RASPI)

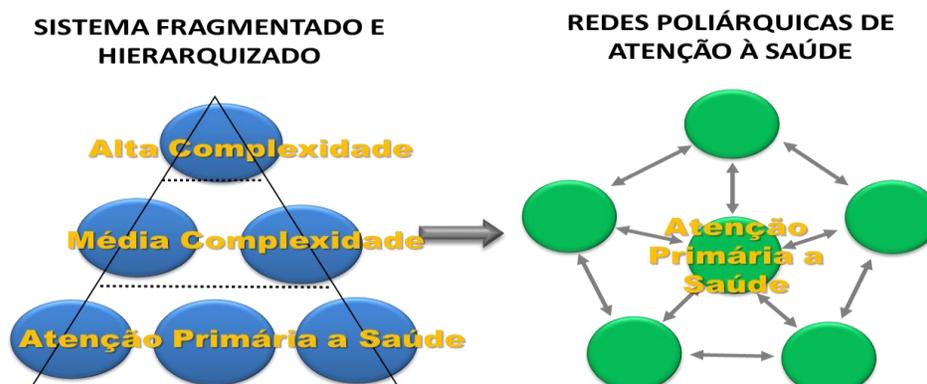
As Redes de Atenção à Saúde são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e econômica⁹.

Caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo como centro de comunicação e organização a Atenção Básica (AB), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, compartilhamento de objetivos e pelos compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde; apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam¹⁰.

Cabe destacar que, embora não haja ordem, nem grau de importância entre os diferentes pontos da rede, a Atenção Básica (AB) tem o papel fundamental de ordenador das RAS.

Figura 1: Sistemas de saúde fragmentados e as redes poliárquicas de atenção à saúde.



Fonte: Mendes¹⁰.

As RAS estruturam-se, para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento, o que implica a continuidade da atenção à saúde (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária à saúde) e a integralidade da atenção à saúde (ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição)¹⁰.

A construção de redes temáticas de atenção à saúde é uma opção conveniente (p. ex., a rede de atenção à saúde da pessoa idosa, dentre outras). As RAS estruturam-se, para enfrentar uma condição de saúde específica ou grupos homogêneos de condições de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimento. Contudo, essa proposta de RAS temática não está relacionada com a concepção dos programas verticais, os quais são dirigidos, supervisionados e executados exclusivamente por meio de recursos especializados, frequentemente com coordenação central^{10,11}.

O centro de comunicação das redes de atenção à saúde é o nó intercambiador, no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela AB.

As RAS determinam a estruturação dos pontos de atenção à saúde, secundários e terciários, que são os únicos elementos temáticos das RAS. Esses pontos de atenção à saúde se

distribuem, especialmente, de acordo com o processo de territorialização: os pontos de atenção secundária, nas microrregiões sanitárias, e os pontos de atenção terciária, nas macrorregiões sanitárias. Além disso, articulam-se com os níveis de atenção à saúde: os pontos de atenção secundária compõem o nível de atenção secundária (“média complexidade”) e os pontos de atenção terciária integram o nível de atenção terciária (“alta complexidade”)¹⁰.

Figura 2: Pontos de Atenção da RASPI



Fonte: PMSP-SMS-ATSPI, 2014.

E o terceiro elemento constitutivo das RAS é o **modelo de atenção à saúde**, que são sistemas lógicos, que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos de acordo com a visão prevaiente da saúde, a situação demográfica e epidemiológica e os determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade¹⁰.

Em conformidade com os princípios constitucionais que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, a rede de serviços de atenção à saúde da pessoa idosa vem se estruturando, de forma a possibilitar a atenção integral, com reorganização do processo de trabalho da Atenção Básica, como porta preferencial de entrada

e orientação do sistema, somando-se às ações em outros níveis assistenciais e compondo o cuidado à saúde, voltado a essa população¹².

Na busca da atenção integral, o usuário é o elemento estruturante do processo de produção da saúde e suas necessidades e demandas devem orientar a organização dos serviços, inclusive a oferta das diferentes tipologias dos pontos de atenção.

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços, onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular e voltada às necessidades demográficas e de saúde específicas dos moradores do território.

Nesta lógica de organização, a produção do cuidado é vista de forma sistêmica e integrada aos diversos níveis assistenciais. Assim, a partir da avaliação e elaboração do projeto terapêutico singular e do plano de cuidados dos usuários, todos os recursos disponíveis devem ser integrados por fluxos direcionados, de forma a contemplar sua plena execução e devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. A produção do cuidado parte da rede básica, ou de qualquer outro ponto do sistema, para os diversos níveis de atenção⁹.

A Rede de Atenção se fundamenta na coordenação e integração do cuidado, através de um contínuo de atenção, acesso regulado, utilização de sistemas de informação

que ligam as pessoas usuárias, os prestadores de serviços e os gestores nesse contínuo de cuidados.

São competências da RAS¹³:

- I- Articular os envolvidos na organização das Redes de Atenção a Saúde (RAS), induzindo e apoiando os processos para suas conformações e planejamento nos territórios, visando a integralidade da gestão e a integralidade do cuidado, com garantia do acesso e da qualidade da atenção à saúde para os usuários do SUS;
- II- Promover integração sistêmica das ações das Redes de Atenção e áreas temáticas nas modalidades de atenção, ações de vigilância em saúde e de regulação do acesso, visando à atenção contínua, integral, humanizada, equidade, eficiência e eficácia da

- gestão clínica, promoção, prevenção, assistência, reabilitação e uso racional de recursos;
- III- Elaborar e instituir documentos técnicos e protocolos, observando os princípios e diretrizes do SUS na SMS-SP e objetivando organizar, desenvolver, monitorar e avaliar as ações de atenção à Saúde;
 - IV- Proceder à análise técnica e emitir parecer, por meio das áreas temáticas subordinadas, sobre projetos apresentados por outras áreas da SMS-SP, ou mesmo outras instituições, que tenham por objeto ações e atividades voltadas para redes de atenção em saúde;
 - V- Produzir, processar e difundir conhecimentos e relatórios gerenciais referentes às ações das RAS;
 - VI- Fomentar pesquisas relacionadas às ações das Redes de Atenção à Saúde;
 - VII- Promover cooperação técnica com instituições de pesquisa e ensino para o desenvolvimento de tecnologias inovadoras de gestão e de atenção à saúde das ações das redes de atenção em saúde;
 - VIII- Apoiar as ações de contratualização e pactuação intra e intersetoriais no município e nas regionais de saúde do Município;
 - IX- Criar espaços colegiados para discussão e integração dos níveis central/regionais/locais e discussão da gestão dos processos das redes de atenção em saúde no município;
 - X- Prestar cooperação técnica aos níveis regionais e locais na organização de ações das redes de atenção em saúde;
 - XI- Atuar junto às instâncias de participação popular e controle social.

A média complexidade ambulatorial da RAS é composta por um conjunto de ações e serviços, que visa atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, que implicam frequência e atenção mais intensificada e cujo nível de complexidade demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico¹⁴.

No Município de São Paulo estão estabelecidas as seguintes Redes de Atenção¹³:

- a) Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil/Rede Cegonha (RASMI/Rede Cegonha);

- b) Rede de Atenção à Saúde Psicossocial (RAPS);
- c) Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (RASPD);

d) Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (RASPI);

- e) Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB);
- f) Rede de Atenção a Saúde da Pessoa com DST/AIDS (RASP_DST_AIDS);
- g) Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Doenças Crônicas Não transmissíveis;
- h) Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Frente à inexistência de uma rede organizada e à desarticulação dos diversos pontos de atenção à saúde da população idosa no Município de São Paulo, a RASPI propõe-se a organizar o cuidado a pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, que abranja todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde em tempo oportuno, superando a fragmentação existente de forma a proporcionar atenção, de forma integral, à pessoa idosa, baseada nas necessidades desta população, centrada no indivíduo, considerando sua integração na família e na comunidade.

São pontos de atenção componentes da RASPI: UBS/ESF, NASF, PAI, URSI/CRI, CER, CEO, CAPS, CECCO, Programa Melhor em Casa, Academia da Saúde, Rede Hora Certa, Ambulatório de Especialidades, DST/AIDS, AMA/AMAE, UPA/SAMU, Pronto Socorros, Hospitais, Leitos de Cuidados Continuados Integrados e equipamentos de outras Secretarias, que compõem a intersetorialidade da rede: Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI, Centros-Dia, Núcleos e Centros de Convivência, dentre outros.

Os princípios da atenção à saúde da pessoa idosa não diferem daqueles estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam a integralidade, a universalidade e a equidade da atenção. No âmbito da saúde da pessoa idosa, a universalidade se traduz na oferta de ações que contemplem as especificidades dessa faixa etária.

1.4. MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA RASPI: CONDIÇÕES CRÔNICAS, ENVELHECIMENTO ATIVO E CAPACIDADE FUNCIONAL

Para produzir resultados sanitários eficientes, as redes de atenção à saúde devem funcionar de acordo com um sistema lógico singular, que é o modelo de atenção à saúde.

Segundo Mendes¹⁰, “os modelos de atenção à saúde são configurações-tipo que os sistemas de saúde adquirem, em determinado tempo e em determinado lugar, em função da visão prevalecente da saúde, da situação demográfica e epidemiológica e dos fatores econômicos e culturais vigentes, articulando, singularmente, diferentes intervenções no processo saúde/doença”. O modelo de atenção vai orientar todos os demais momentos de construção das redes de atenção à saúde. Portanto, sua escolha tem importância fundamental.

A Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na cidade de São Paulo está organizada segundo o modelo que leva em conta as condições crônicas, o envelhecimento ativo e a capacidade funcional.

1.4.1. Modelo de atenção às condições crônicas

A cidade de São Paulo vem apresentando um rápido processo de envelhecimento populacional e, conseqüente e concomitante a este, está vivenciando o processo de transição epidemiológica, com aumento da prevalência de condições crônicas e mudança do perfil de morbimortalidade de sua população. Decréscimos nas doenças transmissíveis, bem como a ascensão das condições crônicas produziram um descompasso entre os problemas de saúde, as demandas deles geradas e os sistemas de atenção existentes.

Pessoas idosas (60 anos ou mais), por serem portadoras de condições crônicas, apresentam alta prevalência de incapacidades e dependência para as Atividades da Vida Diária (AVD's), com aumento da necessidade de cuidados continuados e permanentes.

Neste contexto, as doenças crônico-degenerativas assumem papel fundamental como principais responsáveis pela morbimortalidade em nossa cidade, com sérias conseqüências

econômicas e sociais, com implicações na qualidade de vida da população e grande impacto no aumento do custeio na saúde. Hoje, as doenças crônico-degenerativas são o grande desafio para a organização dos sistemas de saúde, no que tange à eficiência, eficácia, efetividade e capacidade de responder a novas demandas.

As condições crônicas, segundo a OMS¹⁵, englobam as doenças e agravos não transmissíveis (como Hipertensão Arterial Sistêmica, doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus, neoplasias e asma), as doenças transmissíveis com evolução prolongada (como HIV-AIDS, tuberculose, hepatite, hanseníase), os transtornos mentais (depressão, esquizofrenia, demência) e deficiências físicas e estruturais permanentes (cegueira, amputações, sequelas). Essas condições trazem repercussões similares aos pacientes e famílias e exigências comuns para o gerenciamento dos serviços de saúde, o que justifica a elaboração de abordagens conjuntas entre as diferentes áreas do conhecimento em saúde.

Ainda segundo a OMS¹⁵, a abordagem das condições crônicas exige mudanças nos sistemas de saúde, historicamente estruturados para responder às situações agudas. A impossibilidade da cura do paciente, a utilização por grandes períodos de tempo dos serviços de saúde dos vários níveis de complexidade, a necessidade de incorporação, pelo paciente, de novos hábitos de vida, a possibilidade de prevenção e a previsibilidade dos eventos relacionados às condições crônicas exigem modificações nos sistemas de saúde para maior eficácia no gerenciamento do cuidado das pessoas portadoras de condições crônicas.

Seu enfrentamento vai exigir, como indicam evidências internacionais, mudanças radicais na atenção primária à saúde através das Redes de Atenção à Saúde – RAS.

Nos países em desenvolvimento, as condições crônicas são diagnosticadas basicamente no nível da Atenção Básica e devem ser tratadas principalmente nesse âmbito. No entanto, grande parte da atenção básica está voltada a problemas agudos e às necessidades mais urgentes dos pacientes. Como parte de um conjunto de esforços, deve-se primeiramente aprimorar a rede de serviços oferecidos na atenção básica. Esses países ainda sofrem com a “carga dupla” de doenças, pois, ao lado da escalada rápida das condições crônicas, enfrentam a persistência de doenças infecciosas, desnutrição e doenças maternas e perinatais.

O incremento da atenção dispensada às condições crônicas também se traduz em um enfoque na adesão a tratamentos de longo prazo. Estes tratamentos requerem integração, para garantir que as informações sejam compartilhadas entre os diferentes cenários e através do tempo, a partir do contato inicial com o paciente¹⁵.

Essa atenção deve ser contínua e continuada e deve perpassar, também, os diferentes pontos da atenção no território, de acordo com as necessidades e a complexidade de cada usuário. A integração com os diferentes níveis da atenção é fundamental, um complementando o outro e todos com competências bem definidas, para aperfeiçoar as ações e levar à resolubilidade. Assim, o trabalho em Redes de Atenção à Saúde implica relações próximas e coordenadas entre os generalistas e os especialistas, tendo em mente que os especialistas não são somente os médicos e, de preferência, constituindo equipes interprofissionais¹⁰.

A preocupação atual da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo de resgatar a oportunidade, propriedade e especificidade do cuidado das pessoas portadoras de condições crônicas implica em gerenciar uma série de estratégias de reestruturação da atenção à saúde, contrapondo, ao “olhar agudo”, um renovado “olhar crônico”. Não existindo a possibilidade de cura do paciente, mas a perspectiva de controle da condição e de prevenção das complicações há a necessidade de serviços habilitados a gerenciar cuidados, promover a modificação e incorporação de novos hábitos de vida e enfatizar uma abordagem de cunho preventivo e educativo.

Uma proposta para o cuidado das pessoas portadoras de condições crônicas, incluindo as pessoas idosas, no contexto do SUS, deve apoiar-se nos princípios da universalidade, equidade e, especialmente, da integralidade. Integralidade entendida como o resultado da articulação e coordenação dos vários serviços de saúde, a “integralidade ampliada”, e como fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, a “integralidade focalizada”¹⁶.

1.4.2. Envelhecimento ativo

Com o objetivo de ampliar o conceito de “envelhecimento saudável” nos anos 1990, a Organização Mundial de Saúde propõe a terminologia “Envelhecimento Ativo”, ressaltando que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devem criar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. Considera o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a ele direcionadas com uma abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida.

A Promoção do Envelhecimento Ativo, um dos principais pilares que sustenta as ações da RASPI na Cidade de São Paulo, pode ser conceituada como um conjunto de ações que promovam o envelhecimento com qualidade de vida, manutenção da autonomia e da capacidade funcional.

A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorealização, determinados pela Organização das Nações Unidas¹⁷.

Segundo a OMS/OPAS¹⁷ envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança e tem como objetivo melhorar a expectativa de uma vida saudável e com qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais e permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida e que participem da sociedade, de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades e, ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

Ainda segundo a OMS/OPAS¹⁷, a palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo, ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e apresentam algum grau de fragilidade física, incapacidades e que requerem cuidados, ou vivem com alguma necessidade especial, podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países.

O envelhecimento ativo depende de uma diversidade de interação de fatores determinantes, que envolvem e afetam o envelhecimento e o bem estar das pessoas idosas, suas famílias e populações. A OMS/OPAS¹⁷ indica cultura e gênero como fatores determinantes transversais e a promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças, os serviços curativos, a assistência em longo prazo e acesso a serviços de saúde mental como fatores relacionados aos sistemas de saúde e assistência social. Complementa, apontando como fatores comportamentais determinantes o tabagismo, a participação em atividades físicas, alimentação saudável, saúde bucal, consumo de bebidas alcoólicas, utilização de medicamentos, iatrogenia e adesão às propostas de tratamento.

Como fatores determinantes relacionados a aspectos pessoais, relaciona a biologia, a genética e os fatores psicológicos; aos relacionados ao ambiente físico, elenca as condições de moradia segura, o risco de quedas, o acesso a água limpa, a alimentos seguros e ar puro. Como fatores determinantes relacionados ao ambiente social, são relatados a importância da rede de apoio social, a ocorrência de violência e maus tratos, o nível de escolarização e alfabetização e completa, indicando como fatores econômicos a renda pessoal e familiar, a rede de proteção social e o trabalho.

Ao se referir às políticas e programas de saúde, sociais, de mercado de trabalho, emprego e educação, aponta que, quando estas apoiarem a proposta de envelhecimento ativo, muito provavelmente haverá menos mortes prematuras em estágios da vida altamente produtivos, menos deficiências associadas às doenças crônicas nas pessoas idosas, mais pessoas idosas com uma melhor qualidade de vida à medida que envelhecem, mais pessoas idosas participando ativamente nos aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos da sociedade, em atividades remuneradas ou não, na vida doméstica, familiar e comunitária e menos gastos com tratamentos médicos e serviços de assistência à saúde¹⁷.

Ainda, destaca que os programas e políticas de envelhecimento ativo devem reconhecer a necessidade de incentivar e equilibrar o cuidado consigo mesmo e o oferecido pela família, a promoção de ambientes sociais e comunitários amistosos para esta faixa etária e a solidariedade entre gerações¹⁷.

1.4.3. Capacidade Funcional

Define-se capacidade funcional como a manutenção plena das habilidades físicas e mentais, que permitem ao indivíduo realizar, por si mesmo, uma atividade ou processo, permitindo uma vida com independência e autonomia^{18,19}.

Autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências; é a capacidade de decisão, de comando, de poder comandar a própria vida. Independência é, em geral, entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma, ou nenhuma, ajuda de outros, isto é, com a capacidade funcional preservada. Portanto, é a capacidade de realizar algo com seus próprios meios, sem necessitar de ajuda de outras pessoas.

À medida que o indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é definida, segundo a OMS²⁰, como “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores onde vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” e é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência. Expectativa de vida saudável é uma expressão geralmente usada como sinônimo de expectativa de vida sem incapacidades físicas. Enquanto a expectativa de vida ao nascer permanece uma medida importante do envelhecimento da população, o tempo de vida que as pessoas podem esperar viver sem precisar de cuidados especiais é extremamente importante para uma população em processo de envelhecimento.

Com exceção da autonomia, sabidamente difícil de mensurar, todos os conceitos acima foram elaborados através de tentativas de medir o grau de dificuldade que uma pessoa mais velha tem ao executar as atividades da vida diária, tanto as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), quanto as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), isto é sua capacidade funcional. As ABVD medem o autocuidado e incluem, por exemplo, tomar banho, alimentar-se, vestir-se, usar o banheiro e andar pelos cômodos da casa, e as AIVD incluem atividades como fazer compras, realizar trabalhos domésticos e preparar refeições¹⁷. Além dessas, existem as Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD), que contemplam as atividades realizadas no meio

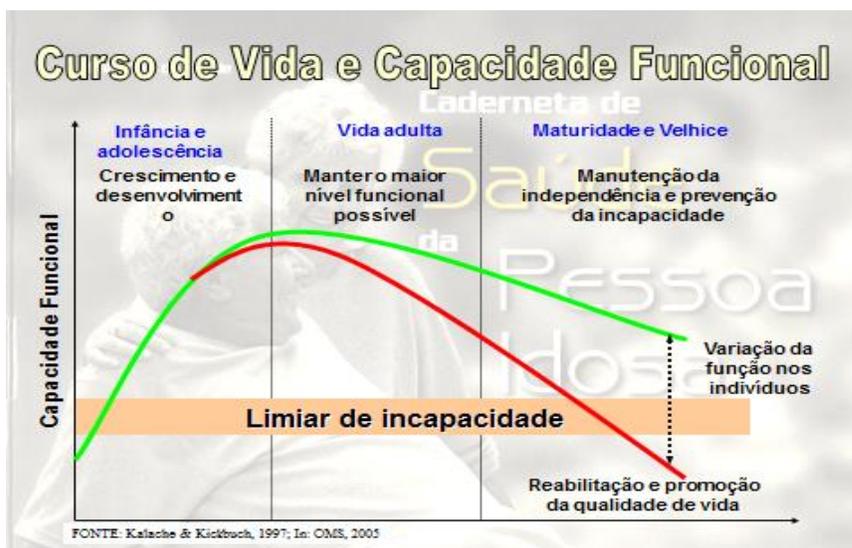
social e comunitário. Sua preservação dá sabor à vida e traz a qualidade excelente de vida no envelhecimento; são atividades tais como o estudo, lazer, viagens, fruição artística, etc.

Idosos portadores de condições crônicas podem perceber sua saúde como boa. Julgam-se assim, dentre outros motivos, porque têm autonomia e podem executar independente e satisfatoriamente suas atividades do dia a dia, continuando suas relações e atividades sociais e exercitando seus direitos e deveres de cidadãos. Os idosos têm como parâmetro de saúde uma vida independente, sobre a qual possuam controle, sem a necessidade de serem cuidados. Ao mesmo tempo, a perda da autonomia e da independência aumenta com o avançar da idade. Se os indivíduos envelhecerem mantendo-se autônomos e independentes, as dificuldades serão mínimas para eles, sua família e a sociedade. Se, ao contrário, essa sobrevivida aumentada for acompanhada de doenças prolongadas, reduzindo drasticamente a capacidade funcional, os problemas gerados serão enormes. Portanto, na velhice, uma vida mais saudável está intimamente ligada à manutenção ou à restauração da autonomia e independência, que constituem bons indicadores de saúde, principalmente para a população mais velha²¹.

A dependência está presente ao longo de todo o curso da vida, não sendo um atributo da velhice. A criança passa por estágios de dependência. O que a difere do velho é que sua dependência é transitória, cedendo lugar à competência, enquanto, na velhice, ocorre o inverso, a dependência se amplia e multiplica e tende a ser permanente, ou definitiva²¹.

O processo natural do envelhecimento diminui a capacidade funcional de cada sistema e órgão de nosso organismo. É o que se denomina de envelhecimento funcional, mais importante que o envelhecimento cronológico e que pode ser visualizado na curva do Envelhecimento Funcional.

Figura 3: Curso de Vida e Capacidade Funcional



⁸Fonte: Kalache e Kickbusch, 2005

Após o nascimento, as pessoas desenvolvem suas capacidades até os 20 ou 30 anos, quando se atinge um acme. A partir daí, com o passar dos anos, o desempenho funcional dos indivíduos vai se deteriorando pouco a pouco, motivado pelo processo natural e fisiológico do envelhecimento. É um processo lento, mas inexorável e universal. Ninguém escapa. Para o indivíduo, o declínio se desenvolve imperceptivelmente, na maioria das vezes, ao mesmo tempo em que suas expectativas e atividades também se restringem.

A trajetória que o declínio funcional toma - mais lenta ou mais rápida - depende de uma série de fatores: da constituição genética, dos hábitos e estilos de vida, do meio ambiente, do contexto socioeconômico-cultural e, até mesmo, da sorte de nascer numa sociedade mais ou menos desenvolvida e numa família mais ou menos abastada. Incidentes críticos, como doenças e acidentes, colocam o indivíduo numa inclinação mais profunda de sua curva de declínio funcional. Num determinado nível situa-se o *limiar da incapacidade*. Acima do limiar, as pessoas vivem de forma independente. Abaixo dele estão as pessoas incapazes, dependentes. As pessoas podem adiantar, ou atrasar, a chegada ao limiar. Quando se atrasa,

⁸ Kalache A, Kickbusch I - A global strategy for healthy ageing. World Health. 1997;50:4.

a morte pode chegar antes que a incapacidade. Envelhecer sem incapacidade é fator importante para a manutenção de boa qualidade de vida.

A incapacidade resulta de uma relação entre o estado de saúde do indivíduo (saúde boa, regular, ou ruim) e outros fatores pessoais com os fatores externos (circunstâncias nas quais o indivíduo vive). Os fatores pessoais são o histórico particular da vida e do estilo de vida e englobam as características do indivíduo, como sexo, raça, idade, estado de saúde, condição física, estilo de vida, hábitos, criação, estilos de enfrentamento, antecedentes sociais, educação, profissão, experiência prévia e atual, eventos prévios e atuais da vida, padrão geral de comportamento e caráter, dentre outros. Todas ou algumas dessas características pessoais podem desempenhar um papel na incapacidade em qualquer nível.

Quanto aos fatores externos, ambientes diferentes podem ter impacto diferente sobre o mesmo indivíduo. Um ambiente com barreiras, ou sem facilitadores (rampas, corrimãos, barras de apoio, elevador etc.), vai restringir o desempenho do indivíduo; outros ambientes mais facilitadores podem melhorar esse desempenho. A sociedade pode limitar o desempenho de um indivíduo, criando barreiras (p. ex., prédios inacessíveis) ou não fornecendo facilitadores (p. ex., não haver dispositivos de auxílio)²¹.

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 (Função Física e Mental), mas também as condições socioeconômicas, 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-funcional da população idosa.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa²² propõe trabalhar em dois grandes eixos: as pessoas idosas independentes e a parcela frágil deste segmento populacional, tendo como paradigma norteador os indicadores de capacidade funcional da população idosa. A finalidade

primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para este fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Na RASPI, a Capacidade Funcional será a estratégia utilizada para, na Atenção Básica, categorizar a população idosa em três grandes grupos: os idosos saudáveis e independentes, os pré-frágeis e os frágeis e dependentes.

O instrumento a ser utilizado é a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB) (Anexo I) que avalia as dimensões das Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária, o funcionamento mental e emocional, as relações com o meio, e as condições clínicas e de saúde bucal do idoso.

O objetivo da AMPI-AB é classificar o risco funcional de todos os idosos do território, construindo um cadastro das pessoas idosas, preferencialmente informatizado, que se transforme em instrumento de gestão, para além daquele objetivo pretendido com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: estabelecer o fluxo de atenção à pessoa idosa, após a avaliação multidimensional concluída, de acordo com o estabelecido na RASPI, diferenciando a linha de cuidado para cada categoria, idosos independentes e saudáveis, idosos pré-frágeis e idosos frágeis e dependentes.

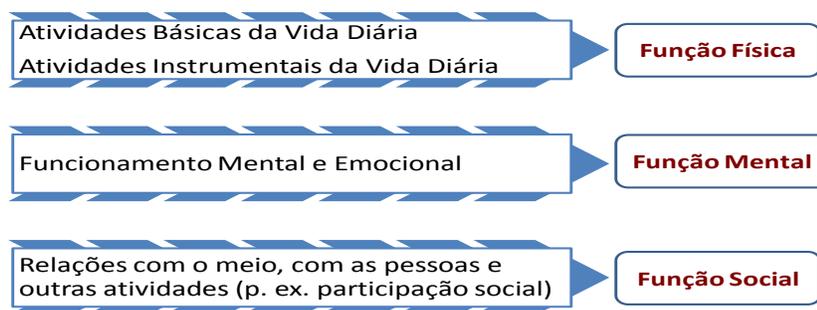
Serão considerados saudáveis os idosos que pontuarem de 1 a 5 na aplicação da AMPI-AB, pré-frágeis os idosos que atingirem entre 6 e 10 pontos e frágeis os idosos que atingirem 11 ou mais pontos, sendo um dos critérios de encaminhamento para a Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI).

Figura 4: Capacidade Funcional - Conceito

Capacidade Funcional - Conceito

- **Capacidade de realizar, por si mesmo, uma atividade ou processo**

Segundo Webster (J.M. Ribera, Farreras/Rozman "Medicina Interna". Ed Doyma 1995)



Salgado A, González-Montalvo JI. Importancia de la valoración geriátrica. En : Valoración del paciente anciano. eds: Salgado A, Alarcón M^{MT}. Masson, S.A. Barcelona, pp 1-18.

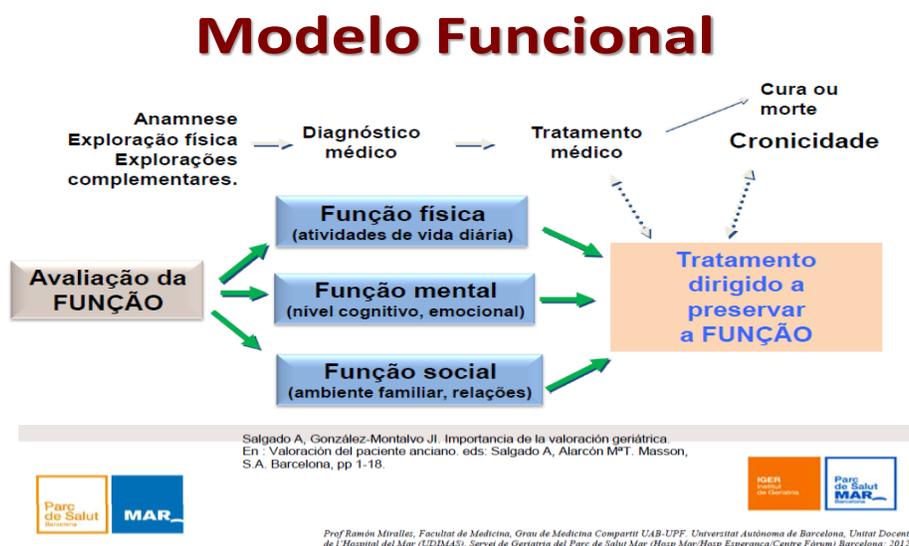
⁹Fonte: Salgado A, Gonzalez MJL,(1993)

Para a avaliação da função física há vários instrumentos propostos, sendo que, numa primeira abordagem, é imprescindível avaliar as ABVDs e as AIVDs, proposta a ser realizada na Atenção Básica. Na avaliação da função mental e emocional, propõe-se a utilização do Mini Exame do Estado Mental (Mini Mental) e Escala de Depressão Geriátrica (GDS ou EDG). Não existem instrumentos padronizados para a Avaliação das Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVDs), sendo necessária a criação de protocolos específicos para tal, de acordo com o grau e complexidade de cada equipamento que compõe a RASPI. Um dos exemplos a serem utilizados é o do proposto no Documento Norteador do Programa Acompanhante de Idosos (PAI)²³.

A Avaliação Funcional se apoia no novo paradigma de atenção á saúde (Modelo Funcional), que se opõe ao modelo tradicional de atenção á saúde hoje hegemônico, baseado na anamnese, exame físico e complementares, para se chegar a um diagnostico e propor um tratamento, visando a cura. No caso das pessoas idosas portadoras de condições crônicas, o mais frequente não é a cura, o que leva à necessidade de gerenciar o cuidado.

⁹ Salgado A, González MJL. Importancia de la valoración geriátrica. In: Salgado A, Alarcón MT, eds. Valoración del Paciente Anciano. Barcelona: Editorial Masson SA; 1993. p. 1-18.

Figura 5: Modelo funcional de Atenção à Saúde.



¹⁰Fonte: Salgado A, Gonzalez MJL,(1993)

Este documento norteador tem como objetivo descrever os processos de trabalho em saúde a serem desenvolvidos nas Unidades de Referência à Saúde do Idoso, um ponto de atenção secundária da RASPI da cidade de São Paulo para o cuidado em saúde dos idosos frágeis.

¹⁰ Salgado A, González MJ. Importancia de la valoración geriátrica. In: Salgado A, Alarcón MT, eds. Valoración del Paciente Anciano. Barcelona: Editorial Masson SA; 1993. p. 1-18.

2. DEFINIÇÃO

2.1. UNIDADE DE REFERENCIA À SAÚDE DO IDOSO (URSI)

Em conformidade com os princípios constitucionais que regem SUS, a rede de serviços de atenção à saúde do idoso vem se organizando de forma a possibilitar a atenção integral, que se inicia pela organização do processo de trabalho na rede básica, que se soma às ações em outros níveis assistenciais, compondo o cuidado a saúde¹².

Na busca da atenção integral, o usuário é o elemento estruturante do processo de produção da saúde. Suas necessidades e demandas é que devem orientar a oferta e a organização dos serviços, inclusive as tipologias dos mesmos.

Nesta lógica de organização, a produção do cuidado é vista de forma sistêmica e integrada aos demais níveis assistenciais. Assim, todos os recursos disponíveis devem ser integrados por fluxos, que são direcionados de forma a contemplá-los. Estes fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. A produção do cuidado parte da rede básica, ou de qualquer outro ponto do sistema, para os diversos níveis de atenção.

A média complexidade ambulatorial é composta por um conjunto de ações e serviços, que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade demande a disponibilidade de especialidades e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Neste sentido, a URSI é uma unidade de atenção ambulatorial secundária, que visa atender pessoas idosas frágeis e dependentes, através de Equipe Gerontológica Interprofissional, utilizando-se de mecanismos de referência e contrarreferência, do apoio matricial e da educação permanente em saúde, buscando assegurar a integralidade do atendimento e superar a fragmentação das ações e a descontinuidade da atenção à saúde da pessoa idosa na sua área de abrangência, através do gerenciamento do cuidado em saúde das pessoas idosas usuárias do serviço compartilhado com a Atenção Básica, por meio de protocolos pactuados e com acesso regulado, integrando-se aos demais serviços oferecidos por outros setores e secretarias.

A criação das URSI vem ao encontro à necessidade de respostas efetivas às demandas crescentes da população idosa do município, em consonância com a Política Nacional do Idoso, do Estatuto do Idoso e das recomendações de organismos internacionais.

A Equipe Interdisciplinar, além de desenvolver ações de assistência a doenças de maior complexidade e a problemas de saúde específicos da população idosa, deve desenvolver ações preventivas e de promoção e proteção à saúde, atividades de treinamento e capacitação de profissionais da atenção básica e pesquisas específicas na área da gerontologia, tendo como principal papel a implementação das políticas públicas de saúde, em especial as políticas específicas para a população idosa, que constam da área da Saúde, no Capítulo IV da Política Municipal do Idoso²⁴.

A equipe interdisciplinar da URSI é composta pelos seguintes profissionais, com especialização em Gerontologia ou Geriatria: Assistente Social, Cirurgião-Dentista, Educador Físico, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Geriatra, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Outros profissionais fundamentais são Auxiliar Técnico Administrativo, Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico de Saúde Bucal, estes não necessitando de formação gerontológica específica.

3. OBJETIVOS DA URSI

3.1- Objetivos Gerais

- Garantir a promoção e atenção integral à saúde do idoso fragilizado no nível secundário de assistência do SUS;
- Ser um polo formador, de treinamento e matriciamento em saúde da pessoa idosa dos profissionais da Rede de Atenção.

3.2 - Objetivos Específicos

- Recuperar a saúde do idoso fragilizado;
- Desenvolver ações de assistência interdisciplinar a doenças de maior complexidade (demência, depressão, Parkinson, estágios avançados de doenças etc.) e a problemas específicos (instabilidade, quedas, alterações da marcha, perdas sensoriais, incontinência, polifarmácia etc.), construindo o Projeto Terapêutico Singular e o Plano de Cuidados;
- Prevenir o surgimento de novas doenças e as sequelas e complicações das existentes;
- Manter e melhorar, ao máximo, a capacidade funcional;
- Reabilitar idosos com capacidade funcional comprometida (física, psíquica e social);
- Integrar-se à Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa de sua área de abrangência, tanto para ser referência aos casos de média complexidade, quanto para efetivar a contrarreferência;
- Desenvolver ações de promoção e proteção da saúde para a população idosa em sua área de abrangência, em conjunto com a Atenção Básica;
- Constituir ponto de Teleconsultoria de especialistas e assistências e polo de Teleducação especializado nas questões gerontológicas/geriátricas, para oferecer Teleconsultoria síncrona e assíncrona, Telediagnóstico, Segunda Opinião Formativa, discussão de casos e Tele-Educação;
- Promover treinamento e capacitação em Geriatria e Gerontologia dos recursos humanos da Atenção Básica e dos demais pontos da Rede, para qualificar a atenção à saúde da população idosa em todos os pontos de atenção;
- Promover ações intersetoriais que garantam a atenção integral à pessoa idosa frágil;

- Promover a socialização e integração do idoso frágil na comunidade, em conjunto com a UBS/ESF originária.

4. PLANEJAMENTO GERAL DAS AÇÕES

O planejamento geral das ações na URSI pressupõe que este equipamento esteja vinculado à população de um território, com a qual estabelecerá, através da Atenção Básica, uma relação de confiança, com responsabilidade sanitária e compreensão de suas especificidades e reais necessidades.

Esse modelo para organização do processo de trabalho na URSI será pautado por trabalho em equipe, dentro e fora do equipamento, ou seja, os profissionais estarão integrados como equipe interdisciplinar e com os demais profissionais dos diversos pontos da RASPI. Além disso, todo esse esforço de integração estará conectado com um conjunto de propostas, para fortalecer a qualificação desse processo de trabalho em rede, através de atividade de educação permanente, organizada e estruturada na lógica do Telessaúde, para que possibilite aos profissionais da rede de atenção uma tomada de decisão, que busque ser mais resolutiva nas suas ações.

Assim, o planejamento geral das ações deverá considerar o território e suas especificidades, tanto no que diz respeito aos idosos, quanto no que diz respeito aos serviços existentes.

O profissional que tem como função coordenar esse ponto de atenção tem papel fundamental na reformulação do processo de trabalho, buscando o gerenciamento do cuidado em saúde compartilhado com a Unidade Básica de Saúde, considerando as realidades e singularidades locais, pressupondo planejamento, avaliação constante, além de suporte a intervenções e agendas de educação permanente. Devem ser estabelecidas agendas regulares de encontros com a equipe da URSI, de forma a fortalecer o vínculo entre eles e o acompanhamento das ações e processos de trabalho. Esse apoio auxilia a equipe na análise do trabalho e de suas práticas, ajudando-a a lidar com situações-problema, desafios, desconfortos e conflitos, e, ainda, contribuir na construção/experimentação de intervenções e utilização de ferramentas e tecnologias.

Devem ser promovidas ações de qualificação do processo de trabalho da URSI. São exemplos dessas ações: discussão e montagem das agendas dos profissionais; suporte à implantação de dispositivos para a qualificação da clínica; análise de indicadores e informações em saúde; facilitação de processos locais de planejamento; discussão do perfil das referências e contrarreferências; mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários.

Em outras palavras, é necessária a organização dos processos de trabalho, isto é, do modo como cada um trabalha, para que essas diretrizes se tornem rotina nas práticas dos profissionais. O processo de trabalho é a chave da questão, porque é através dele que se produz o cuidado aos usuários. Assim, conhecendo a rede, responsabilizando-se e criando os fluxos de conexão, que permitam a integralidade da atenção, que facilitem a interface entre a URSI e os demais níveis de atenção em saúde, os profissionais assumirão uma postura mais comprometida e disponível na prática do cuidado ao idoso, passando a interagir mais com o usuário, com a equipe de saúde e com a gestão, fortalecendo vínculos e compartilhando a importante tarefa da coordenação do cuidado a partir da atenção básica.

Sugere-se que o monitoramento contemple minimamente os aspectos listados a seguir.

- Monitorar o número de usuários na fila de espera de encaminhamentos registrados no serviço de regulação. O tamanho da fila de espera por cuidado na URSI permite ao gestor dimensionar a capacidade de absorção da demanda e redimensionar o número de horas disponibilizadas pela equipe multiprofissional para atendimento;
- Monitorar o tempo médio de espera entre o encaminhamento e o início do atendimento na URSI. Esta informação contribui para organização do serviço e orientação das UBS quanto à previsão de atendimento;
- Monitorar o número de usuários que não comparecem à consulta inicial na URSI, para prevenir o absenteísmo permitindo manter a qualidade do serviço;
- Monitorar o número de encaminhamentos inadequados. Esta informação deve ser utilizada, para desencadear treinamentos da equipe e qualificar a referência para a URSI;
-

- Monitorar o percentual de tratamentos não concluídos. Este indicador serve, para desencadear, quando necessária, a busca ativa nas unidades de origem dos usuários para compreensão das causas que os levam a abandonar o tratamento;
- Monitorar o tempo médio de permanência na URSI. Considerando o tempo médio de atendimento, em conjunto com outros indicadores, é possível estimar a capacidade de absorção da demanda. Com essa informação é possível redimensionar a disponibilidade de consultas.

4.1. AVALIAÇÃO DAS METAS E RESULTADOS

Alguns fatores interferem no alcance das metas dos serviços, como:

- Oferta de especialidades não adequada às necessidades da população;
- Vínculos trabalhistas precários com contratos de trabalho temporários;
- Ausência de parâmetros de número de pacientes atendidos por especialidade;
- Ausência de protocolos clínicos por especialidade com padronização de técnicas e materiais;
- Ausência de protocolos de referência e contrarreferência;
- Absenteísmo.

Para superar estas dificuldades, é necessário que a gestão local e a equipe da URSI se organizem com relação à demanda que chega ao serviço e a forma que irão ofertar as ações de saúde. A avaliação Gerontológica Global é o instrumento estratégico para essa organização.

5. ACESSO E CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA A URSI

A URSI é um ponto de atenção de densidade tecnológica secundária e o acesso se dará, fundamentalmente, mas não apenas, através da UBS, após a realização da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica- AMPI-AB (Anexo I).

A AMPI-AB é o instrumento utilizado pelo município de São Paulo, para categorizar a população idosa em idosos independentes, pré-frágeis e frágeis. A pontuação maior ou igual a 11 é critério para encaminhamento para a URSI.

Outros critérios de encaminhamento para a URSI, além da pontuação na AMPI-AB, são:

- Transtornos neuropsíquicos (demência, depressão grave, Parkinson, AVC);
- Três ou mais doenças crônicas com complicações;
- Instabilidade e alteração de marcha e equilíbrio;
- Quedas recorrentes (duas ou mais quedas nos últimos doze meses).

Os critérios de encaminhamento e inclusão deverão ser constantemente discutidos com a região de abrangência da URSI, a fim de aprimorar e qualificar cada vez mais a atenção à pessoa idosa. Estes momentos de alinhamento de conceitos são espaços de educação permanente, fundamentais para o fortalecimento da RASPI.

O acesso à URSI é feito através da agenda regulada do Sistema SIGA - Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde. Após a verificação pela equipe de referência da AB do preenchimento de um dos critérios acima, o idoso deverá ser agendado para o primeiro atendimento na URSI. Na agenda regulada, o acesso às vagas de primeira vez é realizado através do procedimento 03.01.01.920-7.

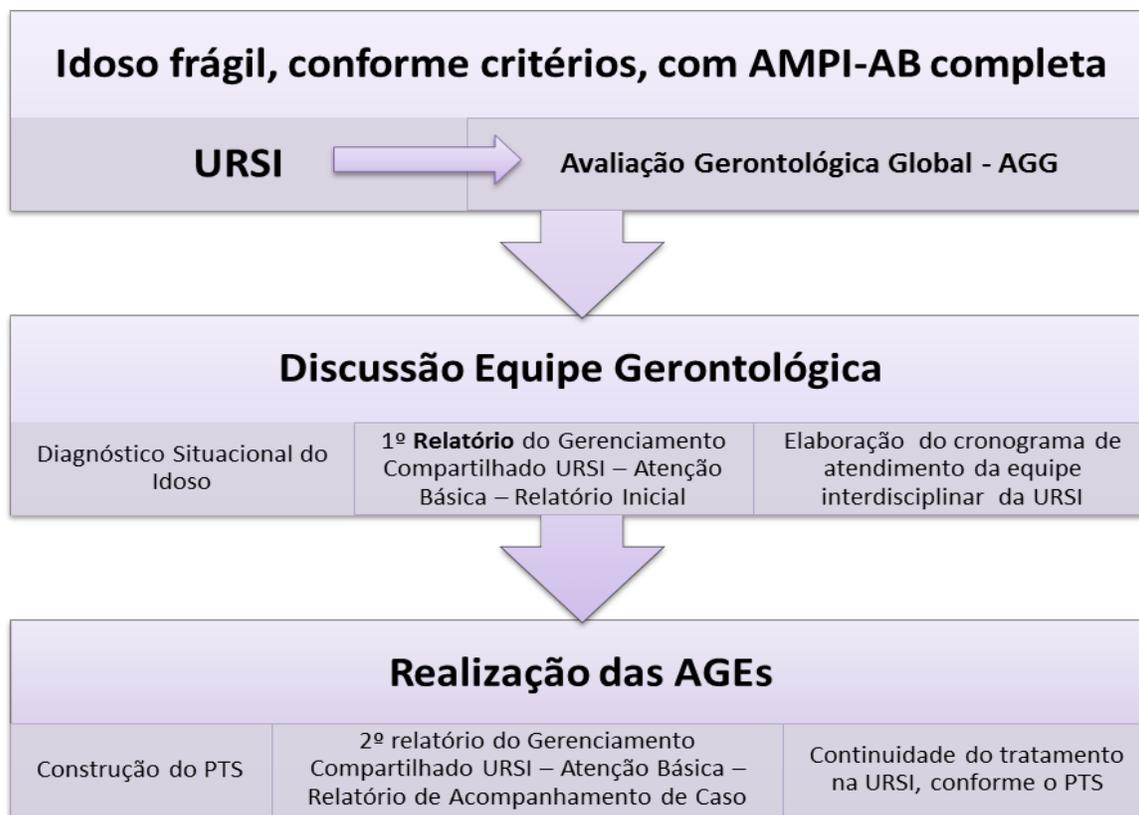
O encaminhamento da pessoa idosa deverá ser realizado através do Formulário de Encaminhamento (Anexo II).

5.1. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS NO ACOLHIMENTO NA URSI – AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA GLOBAL (AGG) E AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA (AGE)

A pessoa idosa será encaminhada para a URSI através de Formulário próprio denominado Formulário de Encaminhamento para URSI (ANEXO II), após ter sido submetida à Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB) completa, que inclui o Questionário Inicial, os Testes de Rastreamento e Formulário de Dados Sociais na Unidade Básica de Saúde (UBS). Os resultados da AMPI-AB deverão ser compartilhados com a equipe da Unidade de Referência. Caberá à equipe da UBS, através do Plano de Cuidados Inicial, realizar um plano de ações para acompanhamento do idoso frágil, até que se inicie o compartilhamento do cuidado com a equipe da URSI. O Plano de Cuidados Inicial poderá ser discutido com a equipe gerontológica da URSI através do matriciamento (ou telessaúde), caso seja necessário.

Na URSI, a equipe gerontológica usará como instrumentos de avaliação a Avaliação Gerontológica Global - AGG (Anexo III) e as Avaliações Gerontológicas Específicas – AGE (Anexos IV-XIV) de cada categoria profissional, instrumentos de coleta de dados, que darão subsídios para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular – PTS e dos relatórios do Gerenciamento Compartilhado entre a URSI e a Atenção Básica, conforme mostra a figura a seguir.

Figura 6: Fluxo de Relatórios URSI/AB - 1



A AGG e o conjunto de AGEs estão previstas na parametrização da URSI e foram elaboradas a partir do apontamento de profissionais atuantes nas unidades de referência, com base na experiência profissional e referenciados no Caderno 19 da Atenção Básica do Ministério da Saúde²⁵ e em referências bibliográficas específicas da área da gerontologia apontados em cada um dos Formulários propostos.

5.1.1. AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA GLOBAL (AGG)

A Avaliação Gerontológica Global – AGG (ANEXO III) foi desenvolvida para que a pessoa idosa fosse avaliada de forma abrangente, a partir dos dados da AMPI-AB, isto é, tendo como base os dados já colhidos e encaminhados pela Atenção Básica. Também foi construída, de

forma a permitir que todos os técnicos da equipe interprofissional da URSI pudesse aplicá-la, desde que devidamente capacitados para tal procedimento.

A AGG avalia aspectos funcionais, observando-se quatro funções básicas: biomédica, física, mental e social (Figura 7), de modo a propiciar que a equipe gerontológica possa, através destes dados, somados aos dados da AMPI-AB e após discussão com a equipe, ter um diagnóstico situacional do idoso em acompanhamento.

A AGG é o primeiro atendimento na unidade de referência e foi planejada para fornecer dados relevantes a todos os profissionais da URSI e, após sua realização, cada caso deverá ser discutido em equipe, para que todos tenham um conhecimento amplo, antes da aplicação das avaliações específicas.

Os resultados da AGG deverão ser registrados no primeiro relatório do gerenciamento de caso a ser compartilhado entre a URSI e a Atenção Básica.

Através da AGG, será possível estabelecer um cronograma de agendamento das AGEs entre os profissionais da equipe interprofissional, de acordo com a necessidade de cada usuário.

Desta forma, a AGG aprofunda o conhecimento sobre o idoso, que está iniciando o seu acompanhamento na URSI e fornece subsídios para as avaliações específicas de cada categoria profissional, que compõe a equipe gerontológica.

Figura 7: Elementos Básicos da Avaliação Geriátrica Global



Freiwelt MD. Evaluación funcional exhaustiva. En: Berlow R, Abrams WB. El Manual Merck de Geriátria. Eds Doyma, S.A. Barcelona 1992; pp 185 - 190.

5.1.2. AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA (AGE)

A Avaliação Gerontológica Específica – AGE consiste em um conjunto de instrumentos desenvolvidos para uso de cada categoria profissional que compõe a equipe interprofissional da URSI, tendo sido construídos onze instrumentos de avaliação.

Cada um deles foi desenvolvido através do apontamento dos técnicos, que participaram ativamente do seu processo de construção. São eles:

Avaliação Gerontológica Especifica da Educação Física – AGE-EF (Anexo IV)

Avaliação Gerontológica Especifica da Enfermagem – AGE-ENF (Anexo V)

Avaliação Gerontológica Especifica da Farmácia – AGE-FC (Anexo VI)

Avaliação Gerontológica Especifica da Fisioterapia – AGE-FT (Anexo VII)

Avaliação Gerontológica Especifica da Fonoaudiologia – AGE-FN (Anexo VIII)

Avaliação Gerontológica Especifica da Geriatria – AGE- GE (Anexo IX)

Avaliação Gerontológica Especifica da Nutrição – AGE-NT (Anexo X)

Avaliação Gerontológica Especifica da Odontologia – AGE-CD (Anexo XI)

Avaliação Gerontológica Especifica da Psicologia – AGE-PS (Anexo XII)

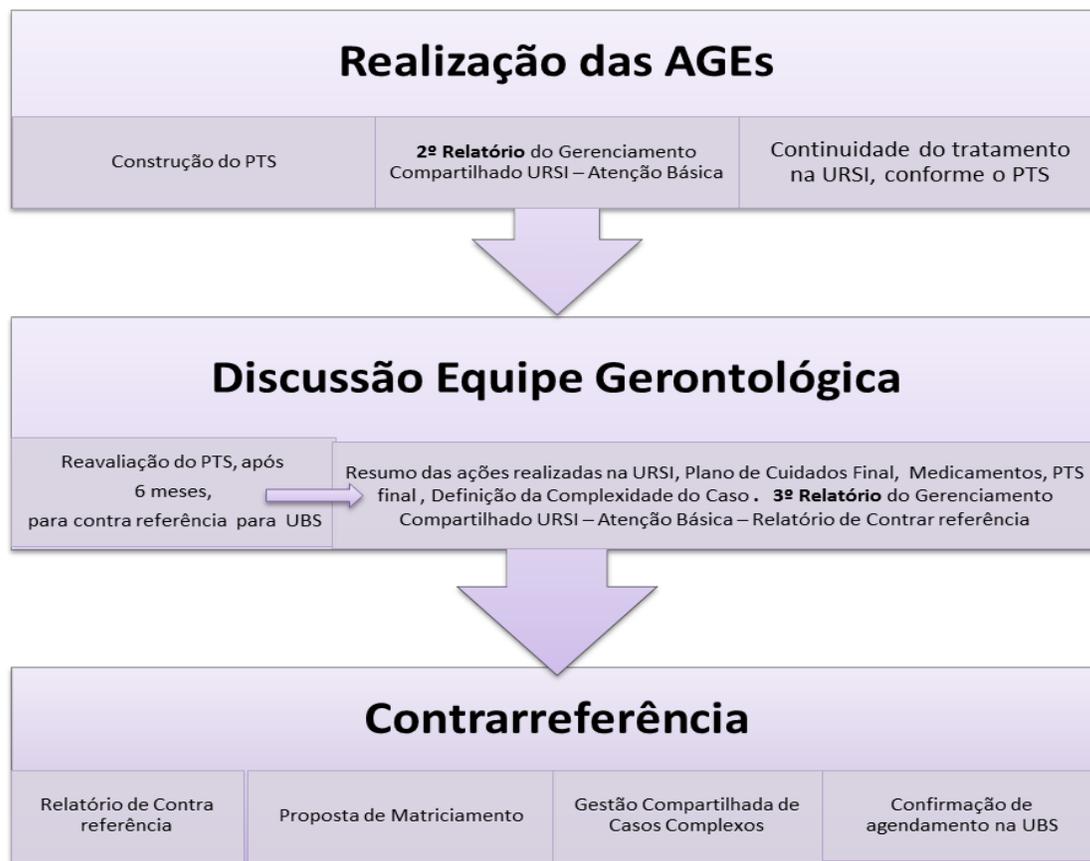
Avaliação Gerontológica Especifica do Serviço Social – AGE-SS (Anexo XIII)

Avaliação Gerontológica Especifica da Terapia Ocupacional- AGE-TO (Anexo XIV)

A AGE será a avaliação inicial específica da categoria e deverá ser aplicada pelo profissional representante da área na equipe (desde que capacitados), que seguirá o atendimento conforme as necessidades apresentadas pelo usuário.

A realização da AGE é fundamental para a elaboração do plano de cuidados de cada categoria e construção do PTS, cujo registro deverá ser feito no relatório de acompanhamento do gerenciamento compartilhado de caso entre URSI e Atenção Básica.

Figura 8: Fluxo de Relatórios URSI/AB-2



5.2. ACOLHIMENTO

O Acolhimento é uma forma de reorganizar o processo de trabalho, revertendo a lógica da oferta do cuidado em saúde baseada na capacidade instalada passando para a priorização da clientela de maior vulnerabilidade, diminuindo as desigualdades, respeitando as necessidades dos diferentes indivíduos ou grupos populacionais. Além disso, quer se qualificar a relação profissional-usuário, propiciando o respeito, a solidariedade e o vínculo. O processo do Acolhimento com Identificação de Necessidades, nas UBSs, se caracteriza como um grande movimento de reorganização do processo de trabalho, visando garantir um atendimento de qualidade ao cidadão, com melhoria, especialmente, no acesso e maior resolutividade dos problemas.

Segundo o documento Reorganização do Processo de Trabalho Acolhimento à Demanda Espontânea – Atenção Básica – SMS-SP²⁶, “acolhimento é uma prática que deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, podendo acontecer de várias formas”.

Embora se refira ao acolhimento da AB essa postura não difere quando do acolhimento do idoso na URSI. Assim, o termo *Acolhimento* deve ser tratado como **postura acolhedora** da equipe multiprofissional e como **processo de trabalho**, orientado para assegurar uma escuta técnica qualificada para o acesso, sendo uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas.

O Acolhimento deve ser desenvolvido no seu duplo significado: como um **valor geral**, necessário a todos os trabalhadores da saúde, uma forma de atuar respeitosa e aberta, para ouvir o outro, reconhecendo o usuário como portador de um direito social e, também, como **atividade concreta e sistemática**, realizada pelos profissionais da equipe da URSI, que determina a forma como o serviço estabelece as necessidades e dialoga com o usuário e seu cuidador para a tomada de decisão sobre a continuidade do cuidado²⁵.

Na URSI os princípios do Acolhimento estão traduzidos no primeiro atendimento através da Avaliação Gerontológica Global, descrita em detalhes no Anexo III.

5.3. SISTEMA DE REGULAÇÃO - REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

O Sistema de Regulação não consiste, apenas, no gerenciamento do número de vagas disponibilizadas pela URSI para a Atenção Básica. Deve ser um espaço de diálogo entre os profissionais dos diferentes pontos da rede, tomando a educação permanente como ferramenta central para problematização dos processos de trabalho, a fim de integrar as diferentes etapas de atenção, otimizar a aplicação dos recursos do SUS, consolidar sua legitimidade junto aos usuários e corresponsabilizar as equipes pelo gerenciamento compartilhado dos Projetos Terapêuticos Singulares nos diferentes pontos da rede mediante a

discussão permanente dos casos e o estabelecimento de fluxos mais dinâmicos no cotidiano desta atenção.

O objetivo é que as equipes da Atenção Básica realizem o encaminhamento para as URSI e acompanhem o desenvolvimento do atendimento dos idosos na Atenção Especializada, retomando o acompanhamento desse usuário após o término desse tratamento, estabelecendo, assim, a longitudinalidade do cuidado.

Para isso, a promoção da comunicação de todos os pontos de atenção da rede, com a implementação do registro eletrônico em saúde, para avançar no desenvolvimento do prontuário eletrônico do paciente, é uma meta a ser perseguida.

Além disso, devem-se realizar reuniões periódicas com as equipes dos diversos níveis para troca de experiências e para que cada nível tenha conhecimento dos processos de trabalho e das facilidades e dificuldades de cada um.

Assim, a interface ideal entre os serviços de atenção básica e secundária deve levar em consideração algumas características:

- Equidade: onde todos os casos, diagnosticados apropriadamente, devem ser referenciados adequada e oportunamente, sem barreiras para este referenciamento, quando necessário;
- Integralidade: todo tratamento requerido deve estar disponível e acessível, seja no nível básico ou secundário, onde o fluxo entre os níveis é facilmente conseguido;
- Eficiência e efetividade desta interface: garantir que as referências sejam apropriadas e devidamente oportunas e com mecanismos de triagem adequados.

Este é um modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão de rede, devem-se realizar encaminhamentos resolutivos (dentro os diferentes equipamentos de saúde). Na organização desse sistema os vários níveis hierárquicos da Secretaria Municipal da Saúde têm papel importante. Desde a Área Técnica da Saúde da Pessoa Idosa, que deve atuar junto ao sistema de regulação da SMS, a responsabilidade dos Coordenadores de Saúde das Coordenadorias Regionais de Saúde e Interlocutores das CRS, para assegurar junto às regulações regionais o cumprimento dos

critérios estabelecidos e as Supervisões Técnicas de Saúde e seus Interlocutores, que deverão apoiar os processos estabelecidos de referência e contrarreferência, garantindo o cumprimento dos mesmos, especialmente quando do encaminhamento para a UBS de origem, após o estabelecimento do Plano de Cuidados do idoso pela equipe gerontológica.

Para isso, será necessário estabelecer o matriciamento da Atenção Básica pelos profissionais da URSI através das ferramentas do Telessaúde, para que dêem conta do acompanhamento ao idoso, inclusive das alterações de sua situação, sem voltar a ser reencaminhados para a referência. Isto limitaria o atendimento do nível secundário, pois diminuiria o número de vagas ali disponíveis.

6. PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA URSI

6.1. PRIMEIRO ATENDIMENTO

O primeiro atendimento na URSI é realizado através da Avaliação Gerontológica Global – AGG. Assim, os idosos que chegam à URSI foram previamente agendados para a AGG, através do SIGA, pela unidade de saúde, onde estavam cadastrados. A AGG é um procedimento efetivado por duplas, ou trios de profissionais, que compõem a equipe interprofissional da URSI.

Este agendamento para a AGG também deverá compreender horário reservado para a primeira consulta com o geriatra da URSI, que poderá participar da aplicação da AGG. Realizada a AGG e a primeira consulta com o médico geriatra, a equipe interprofissional fará uma reunião para a discussão do caso e procederá aos encaminhamentos, através da agenda local, para os outros profissionais da equipe, de acordo com as necessidades da pessoa idosa.

Nesse momento, é importante que informações quanto à logística dos atendimentos e às expectativas dos idosos sejam resgatadas, assim como, as experiências anteriores de tratamento. Atenção especial deve ser dada ao monitoramento de ambientes de conforto, referência e contrarreferência e encaminhamentos internos, educação permanente para os trabalhadores de todas as áreas e reuniões periódicas entre a equipe da URSI e os diversos atores, que compõem a rede de atenção à saúde da pessoa idosa local¹².

O primeiro atendimento na URSI com o acolhimento do idoso e a realização da AGG deve, sempre que possível, estar associado à consulta do geriatra.

6.2. GERENCIAMENTO COMPARTILHADO

A URSI é um dos pontos de atenção da RASPI, que tem papel importante, para proporcionar a integralidade do cuidado ao idoso frágil. Para tanto, faz-se necessária a articulação entre os profissionais da Atenção Básica e os profissionais desse ponto de atenção. Esta articulação depende da troca de informações sobre as terapias dispensadas ao idoso e sobre as necessidades de cuidados continuados, identificadas pelos profissionais que foram/são

responsáveis por seu cuidado. No entanto, não se trata apenas de troca de informações, mas de como facilitar, ao máximo, o trabalho em conjunto, com centralidade na pessoa idosa.

Cuidado é uma expressão de direitos, de responsabilização pelo outro, de diferentes combinações de tecnologias efetivas e adequadas a cada situação e de trabalho em equipe, solidário e articulado. Na URSI, cuja natureza do trabalho em saúde é fundamentalmente longitudinal, será possível a construção de um Plano Terapêutico Singular, que será o instrumento utilizado, para facilitar o trabalho em conjunto. A equipe deve incluir em suas reflexões, não só os agravos e comorbidades apresentadas pelos usuários, seus fatores de risco e vulnerabilidade, mas, também, seus desejos e projetos, assim como o sentido e as representações que agravos e comorbidades têm para eles.

Segundo a Cartilha do Programa Nacional de Humanização (PNH)²⁷ denominada Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe multidisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. A ideia-força é a consideração das singularidades de cada usuário na elaboração de um plano terapêutico, que resulte de uma discussão de uma equipe interdisciplinar. Segundo o mesmo documento, o PTS tem quatro momentos: (1) o diagnóstico, que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário; (2) definição de metas, considerando que estas devem ser conversadas e negociadas com o usuário; (3) divisão de responsabilidades, com a definição de atribuições na equipe pelas metas constantes do plano terapêutico; e (4) reavaliação das metas do PTS.

O idoso acolhido na URSI terá seu PTS construído a partir das discussões, pela equipe interprofissional, sobre as necessidades identificadas através da Avaliação Gerontológica Global, seguida pelas Avaliações Gerontológicas Específicas, que forem consideradas importantes para esclarecimento dos diagnósticos e prognósticos da pessoa idosa.

É de importância fundamental que o atendimento realizado na URSI seja acompanhado pelos profissionais da Atenção Básica, da unidade de saúde responsável pelo encaminhamento à URSI, pois serão eles (e a unidade de saúde) que receberão a pessoa idosa em sua volta à Atenção Básica, quando da época da conclusão do trabalho da URSI e do contrarreferenciamento.

Este acompanhamento, pela Atenção Básica, das atividades e ações que a URSI está realizando com a pessoa idosa encaminhada, foi denominado “Gerenciamento Compartilhado Atenção Básica/URSI” e é realizado através de duas atividades:

- a) Relatórios periódicos da equipe da URSI para a Atenção Básica
- b) Gestão dos casos mais complexos, garantindo o suporte aos profissionais da Atenção Básica através de matriciamento e do Telessaúde e qualificando a atenção primária.

Para compartilhar as informações do que está sendo proposto e diagnosticado, a URSI irá elaborar três relatórios, a serem enviados à unidade de origem da pessoa idosa e anexados ao prontuário nessa unidade (a que encaminhou a pessoa à URSI):

- a) Relatório Inicial
- b) Relatório de Acompanhamento de Caso
- c) Relatório da Contrarreferência (relatório final de alta)

Observação: os relatórios são elaborados através do FormSUS²⁸, um serviço do DATASUS para a criação de formulários na WEB. O FormSUS é um serviço de uso público, com Normas de Utilização definidas, compatíveis com a legislação e com a Política de Informação e Informática do SUS. Foi criado um “Manual de Acesso ao FormSUS para elaboração do Relatório Inicial da Avaliação Gerontológica Global – AGG” (Anexo XV).

6.2.1. RELATÓRIO INICIAL

É o relatório elaborado logo após o primeiro atendimento na URSI. Este agendamento foi realizado pelos profissionais da unidade de saúde, onde a pessoa idosa foi cadastrada e matriculada, através da agenda regulada para o procedimento de número 03.01.01.920-7

“Avaliação Gerontológica Global - AGG”. Deve ser enviado de imediato, após a realização da AGG pela URSI (http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=29058).

Este relatório deve conter:

- Unidade e Profissional que encaminharam a pessoa idosa para a URSI;
- Identificação da pessoa idosa;
- Contato (familiar ou outro);
- Diagnóstico(s) inicial (ais) do encaminhamento;
- Nome do profissional do primeiro atendimento na URSI;
- Diagnósticos da Avaliação Gerontológica Global;
- Condutas iniciais que foram tomadas pelos profissionais da URSI após a realização da AGG.

O relatório deverá ser encaminhado, o mais urgente possível, via e-mail, para a unidade de origem. A URSI deverá digitalizar a mensagem e enviar. Deverá ser criado um e-mail específico de Saúde da Pessoa Idosa para cada ponto de atenção da RASPI (de preferência, e-mail institucional).

É importante construir um arquivo com os relatórios padronizados, para que o AGPP preencha os campos com os dados que foram fornecidos após a AGG.

6.2.2. RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE CASO

Relatório mais minucioso, contendo as decisões tomadas até aquela data, que constituem o primeiro esboço do Projeto Terapêutico Singular – PTS e do Plano de Cuidados (específicos para as necessidades encontradas) (http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=29057).

Este relatório deve conter:

- O PTS e o Plano de Cuidados elaborado até aquele momento;
- Os resultados das avaliações realizadas até aquele momento;
- Os encaminhamentos dados até aquele momento;
- As pendências que ainda existem (marcação de algum exame, realização de algum procedimento especializado etc.);

- Necessidade detectada das interfaces (p. ex., de SMADS);
- Definição de “caso complexo”, ou “caso não-complexo”, que orientará para a necessidade, ou não, da Gestão Compartilhada do caso.

6.2.3. - RELATÓRIO DE CONTRARREFERÊNCIA (RELATÓRIO FINAL DE ALTA)

É o relatório completo, minucioso, com o PTS e o Plano de Cuidados finais (http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=29444).

Este relatório deve conter:

- Resultados de todos os procedimentos, avaliações, exames, diagnósticos, encaminhamentos e outras atividades que foram realizadas para estabelecimento do PTS e do Plano de Cuidados daquela pessoa idosa, durante o tempo que passou em atendimento na URSI;
- PTS final;
- Plano de Cuidados final;
- Medicação;
- Necessidade, ou não, de reavaliação;
- Parecer final de equipe gerontológica da URSI;
- Definição da complexidade do caso;
- Proposta de matriciamento;
- Possibilidade de discussão futura com os profissionais da Atenção Básica (em 3 meses, em 4 meses, ou em outro período de tempo), via Telessaúde, principalmente para os casos considerados complexos, como os agravos, onde o impacto no seguimento na Atenção Básica é muito grande e há menor expertise dos profissionais da AB, como, por exemplo, para casos de doenças neurológicas degenerativas;
- Definição da necessidade de gestão compartilhada para idosos que tenham sido considerados como possuidores de agravos complexos.

6.3. GESTÃO COMPARTILHADA DE CASOS COMPLEXOS

Para os casos de pessoas idosas, cujos agravos foram considerados complexos, os profissionais das URSI deverão estabelecer a Gestão Compartilhada, que consiste num processo

de contínuo acompanhamento da pessoa contrarreferenciada, agora no interior do território da unidade de saúde onde a pessoa está cadastrada, com maior suporte aos profissionais da Atenção Básica, para que consigam continuar o cuidado necessário, dentro do PTS e Plano de Cuidados construídos na Atenção Especializada.

O objetivo é o de discutir as condutas, a continuidade do tratamento, a intervenção em alterações do quadro clínico, ou em complicações decorrentes do agravo de base, sempre de forma compartilhada com os profissionais da Atenção Básica, ou com outro ponto de atenção da RASPI, que foi a origem do encaminhamento para a URSI.

A periodicidade proposta é mensal, mas tal periodicidade deverá ser resolvida de acordo com a necessidade do caso e com a necessidade de suporte dos profissionais.

É definido como Caso Complexo, aquele que possua as seguintes características:

- Gravidade clínica: diagnósticos, comorbidades com complicações, alteração de marcha e equilíbrio, quedas recorrentes, perda cognitiva e a complexidade dos cuidados necessários;
- Capacidade funcional comprometida;
- Dificuldade de adesão;
- Carga dos cuidados necessários, incluindo a necessidade ou sobrecarga do cuidador;
- Insatisfação global com a própria vida;
- Ausência, insuficiência e desorganização familiar;
- Insuficiência ou ausência de suporte social;
- Insuficiência de recursos financeiros (individual e familiar) que inviabilize a efetivação do PTS proposto;
- Existência de violência contra o idoso.

Observação: Deverá ser organizado um cronograma de discussão com as unidades de contrarreferência, de forma a contemplar todos os pontos de atenção do território de abrangência da URSI. Caso o usuário necessite retornar para a URSI, esse encaminhamento será discutido primeiramente nesse espaço.

6.4. TEMPO DE PERMANÊNCIA NA URSI E ALTA

A URSI deve atender a todos os casos que preenchem os critérios de encaminhamento para a atenção gerontológica especializada. Dada a dimensão da população idosa da cidade de São Paulo e a presença, em maioria, de idosos que são usuários exclusivos do SUS, o processo de trabalho da equipe interprofissional deve favorecer o renovar contínuo de idosos sob sua avaliação. A URSI é um ponto de atenção especializada, é um serviço de referência, e como tal, após realizar as atribuições pertinentes à sua função, deve contrarreferenciar os idosos para a Unidade Básica de Saúde, onde a pessoa está cadastrada. Assim, o tempo médio de permanência na URSI será seis meses.

Atualmente o tempo que os idosos permanecem na URSI é excessivamente longo, devido à quase inexistência de suporte a essa população na Rede em geral e à atenção primária inadequada para os mais frágeis. A própria URSI não possui critérios padronizados para o retorno da pessoa idosa à UBS de referência o que resulta na sua permanência nesse ponto de atenção por tempo indeterminado. Porém, ao conservar os usuários sob seus cuidados indefinidamente arrisca-se a não conseguir atender a todos os casos que preencherem critérios de encaminhamento.

Durante o tempo de permanência do idoso na URSI, o PTS deverá ser construído, avaliado periodicamente e revisado, se necessário, para que, num tempo médio de 6 meses, seja realizado o encaminhamento responsável para a UBS.

Na UBS, o idoso deverá ser agendado para uma consulta, ou deverá ser organizada uma reunião entre os profissionais para discussão e acolhimento do caso.

O matriciamento da Atenção Básica, realizado pelos profissionais da URSI, auxiliará no acompanhamento dos casos; daí a importância da URSI como ponto do Telessaúde.

7. EQUIPE

7. 1. CONCEITO DE EQUIPE

A complexidade dos fenômenos saúde-doença, de seus determinantes sociais e a integralidade no cuidado ao idoso requer o trabalho interdisciplinar de uma equipe multiprofissional, conectando ações e construindo coletivamente as intervenções para a população que utiliza o serviço. Há diferentes noções sobre equipe. Uma delas refere-se ao **agrupamento de** e superposição de ações, caracterizada pela fragmentação. Outra é a da equipe integrada, onde ocorre a articulação das ações e interação dos trabalhadores.

O trabalho em equipe interprofissional se configura numa relação recíproca de múltiplas intervenções técnicas, em que se destaca a necessidade de preservar as especificidades do trabalho especializado, mas, também, de flexibilizar a divisão do trabalho. Considerando a atuação na URSI, as ações para promover a integralidade e a equidade em saúde vão além da mesma e ocupam o espaço coletivo. Assim, os profissionais realizam intervenções próprias da área, reafirmando a sua autonomia técnica, mas também executam ações articuladas onde interagem diferentes saberes da sociedade civil e de distintos campos profissionais.

Uma das habilidades a ser desenvolvida no interior de uma equipe que busca ser integrada é o processo de comunicação compartilhada em que cada trabalhador e o gerente da URSI tem papel fundamental no manejo dos problemas cotidianos e das situações conflitantes.

Nestes cenários ampliados a equipe necessita incorporar a dimensão biopsicossocial dos indivíduos, famílias e comunidades para o cuidado compartilhado, construindo novas e ampliadas abordagens do processo saúde-doença. Portanto é necessário que os profissionais da URSI estejam vinculados e integrados aos demais profissionais que compõem as UBS de referência com os quais devem compartilhar a gestão e o processo de trabalho para a população idosa usuária dos serviços, compreendendo as potencialidades e limitações específicas de cada área.

7.2. COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES

Considerando, como citado acima, que o trabalho interprofissional da equipe da URSI é fundamental para o cuidado longitudinal, o quadro a seguir apresenta a relação de profissionais que compõe os recursos humanos necessários para a viabilização da proposta de atendimento na URSI, bem como a definição de cargos, número necessário de profissionais por categoria e carga horária semanal máxima para cada um deles, de acordo com as normas vigentes dos conselhos das profissões da saúde.

Quadro 1 – Recursos Humanos da URSI – quantidade por categoria e carga horária semanal

Profissional	Qt^{de}	CH Sem
Coordenador	1	40
Auxiliar de chefia	1	40
Assistente de Gestão de Políticas Públicas	12	40
Assistente Social	2	30
Cirurgião-dentista	2	20
Auxiliar de Saúde Bucal	2	40
Técnico de Saúde Bucal	1	40
Educador Físico	2	30
Enfermeiro	2	30
Auxiliar de enfermagem	8	30
Farmacêutico	1	40
Fisioterapeuta	4	30
Fonoaudiólogo	2	40
Geriatra	5	20
Nutricionista	2	40
Psicólogo	2	40
Terapeuta Ocupacional	4	30

7.3. EQUIPES DE REFERÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA

A equipe, ou profissional de referência, é aquela que tem a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar, ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. O termo responsabilidade de condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para equipes de saúde da família na atenção básica²⁹.

Toda UBS terá uma equipe de referência para receber esse usuário e desenvolver o PTS elaborado em conjunto com a URSI que o recebeu.

7.4 - GERIATRAS ISOLADOS E EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NÃO LOTADAS NAS URSI

Atualmente, a RASPI possui médicos geriatras lotados em algumas Unidades Básicas de Saúde, atuando sem o suporte formal de equipe gerontológica. É uma situação excepcional, fruto de reivindicações de determinados territórios, no decorrer dos anos, dada sua realidade epidemiológica do envelhecimento populacional. Caso sejam viabilizadas “Equipes gerontológicas de referência à Saúde da Pessoa Idosa” na unidade, podem compor um trabalho multiprofissional com os demais profissionais das UBS. Tais equipes podem ser compostas por profissionais que estão lotados na unidade de saúde: nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, dentre outros.

Desta forma, é possível planejar ações voltadas aos idosos matriculados nas unidades e dar suporte às demais equipes da Atenção Básica, através do matriciamento. Estes profissionais devem organizar, em conjunto com as equipes das UBS do território, o cuidado à saúde da pessoa idosa na sua região de abrangência e, enquanto não houver uma URSI de referência para esta região realizar a Avaliação Gerontológica Global e as

Avaliações Gerontológicas Específicas e estabelecer os Projetos Terapêuticos Singulares e os Planos de Cuidados, segundo as diretrizes e parâmetros estabelecidos para a URSI e referenciados à especialidades nas unidades de referência, caso necessário.

Essa situação é excepcional e deve persistir até que se tenha condições de implantar uma URSI no território. Portanto, haverá necessidade, no mais breve espaço de tempo possível, evoluir para a implantação de uma URSI nas regiões onde estas situações se façam presentes.

7.5 - ATRIBUIÇÕES E PERFIS DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DA URSI

Inicialmente cabe destacar que a URSI é um ponto da rede de atenção especializada que, integrado à Atenção Básica (AB), promove a cultura do *continuum* do cuidado e da assistência.

Semelhantemente às atribuições dos profissionais que atuam na AB, os profissionais das URSI devem desenvolver as competências no campo relacional, de caráter clínico, de aprendizagem e de gestão, de forma a promover a continuidade do cuidado.

A equipe interprofissional que atua em uma URSI detem conhecimentos, habilidades e competências para a atenção em área específica de uma especialidade do serviço, sem que isso represente exigência e desempenho exclusivo de especialista, pois requer a compreensão da integralidade do cuidado e da atuação em rede de atenção à saúde.

A integração da equipe da URSI com outros pontos da rede se dá pelo processo de interrelação através dos recursos de referência e contrarreferência para o gerenciamento compartilhado, pelo matriciamento e realização de reuniões para discussão dos casos. As equipes das URSI poderão realizar o **matriciamento** com os profissionais da AB, ou de outro ponto da rede, fomentando a cooperação e retaguarda especializada às equipes para a construção compartilhada da intervenção pedagógico-terapêutica. A proposta é rever, problematizar e discutir determinados casos, contando com o aporte e possíveis modificações de abordagem que o apoio matricial pode levar ao melhor entendimento e, assim, rever o planejamento da intervenção, incluindo, ou não, a participação direta destes profissionais ou de outros serviços de saúde da rede, de acordo com as necessidades. Assim, as URSI têm dois usuários: os seus próprios e os demais profissionais das equipes de referência da AB com as quais seus usuários serão compartilhados.

A proposta de matriciamento pela URSI é a de que os profissionais possam aumentar a autonomia das equipes da AB, adquirindo, ambas as equipes, novas capacidades técnicas e pedagógicas para os projetos terapêuticos, promovendo a cultura do *continuum* do cuidado e da assistência. Para isso é importante que as equipes da AB e da URSI reservem um tempo fixo periódico (semanal, quinzenal ou mensal) para o matriciamento.

7.5.1. - Atribuições Gerais dos profissionais que compõem a equipe da Unidade de Referência à Saúde do Idoso – URSI

- Trabalhar de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e conforme as políticas públicas de saúde da Secretaria da Saúde da cidade de São Paulo;
- Atuar na Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa – RASPI da Secretaria da Saúde da cidade de São Paulo, compondo a equipe multidisciplinar da URSI;
- Realizar assistência integral ao idoso em seu contexto biopsicossocial (acolhimento humanizado, promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção da saúde e controle social);
- Ser referência para a saúde da pessoa idosa na sua área de abrangência;
- Planejar, programar e realizar as ações que envolvem a Atenção à Saúde da Pessoa Idosa com comprometimento e conhecimento de sua área de abrangência;
- Atuar de forma integrada e articulada às demais Redes de Atenção, estimulando as ações desenvolvidas no território;
- Integrar a pessoa idosa à sua própria comunidade, promovendo relações interpessoais e tornando-a o mais independente possível e em contato com pessoas de todas as idades;
- Incentivar, encorajar e estimular o idoso a continuar fazendo planos, tendo ambições e aspirações;
- Prestar assistência às pessoas idosas frágeis, encaminhadas de outros serviços e pontos da rede de atenção, bem como a seus familiares, ou acompanhantes, sendo a referência e realizando a contrarreferência;
-

- Selecionar e aplicar métodos, técnicas e recursos apropriados ao tratamento, adequados à realidade socioeconômica e cultural da pessoa idosa;
- Realizar o acolhimento da pessoa idosa e seu familiar, ou acompanhante, de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral, interdisciplinar e resolutive, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito;
- Realizar a Avaliação Gerontológica Global (AGG), conforme formulário indicado pela Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa de SMS-PMSP;
- Participar da elaboração e monitoramento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e do Plano de Cuidados;
- Desenvolver e avaliar sistematicamente o programa de atendimento interdisciplinar estabelecido para a URSI, tendo, sempre, como valor e
- Referência básica para seu trabalho, o respeito à condição humana daquele que está sob seus cuidados (bioética);
- Participar de reuniões de equipe na URSI e com outros serviços;
- Realizar Matriciamento, através de reuniões, visando qualificar as ações em Saúde da Pessoa Idosa e capacitar a Rede de Atenção à Saúde da área de abrangência;
- Participar do processo de Educação Permanente dos profissionais das Redes de Atenção à Saúde em questões do Envelhecimento;
- Participar e auxiliar no curso de Cuidadores de Idosos, quando proposto pela URSI;
- Realizar e incentivar ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e de suas sequelas e complicações e reabilitação da pessoa idosa;
- Realizar e incentivar ações de prevenção à violência contra a pessoa idosa;
- Prestar atendimento aos casos de violência contra a pessoa idosa, de acordo com os princípios da cultura de paz, saúde e cidadania;
- Desenvolver, ou colaborar em pesquisas na área da Gerontologia, tendo como principal papel a implementação das políticas públicas de saúde do idoso;
-

- Apoiar atividades de ensino (pesquisa, estágio, aprimoramento e residência médica e multiprofissional), em parceria com Instituições de Ensino Superior, compatíveis às orientações didático-pedagógicas preconizadas pela SMS e SUS;
- Representar a equipe em reuniões e outras atividades e ações intersetoriais (secretarias do poder público, órgãos da sociedade civil e outros equipamentos de saúde), sempre que solicitado;
- Elaborar laudos, pareceres e atestados, quando solicitado;
- Trabalhar segundo normas técnicas de segurança, qualidade, produtividade, higiene e preservação ambiental;
- Atuar de forma ética e respeitosa no atendimento às pessoas idosas, familiares e cuidadores.

7.5.2. Atribuições e Perfil do Coordenador da URSI

Atribuições

- Garantir as diretrizes, metodologias, metas e protocolos da URSI na área sob sua responsabilidade;
- Coordenar a implantação e o desenvolvimento das ações da URSI na sua área de abrangência;
- Estimular e articular ações junto à Atenção Básica, visando ampliação e articulação dos serviços ligados às políticas da pessoa idosa e do SUS, voltadas à inclusão dos usuários como participantes e sujeitos do processo;
- Estimular a formação de uma rede de apoio aos idosos com insuficiência familiar ou social;
- Facilitar o fortalecimento de vínculos, realizando intervenções com idosos, familiares e cuidadores, num trabalho interdisciplinar, buscando aproximação, a fim de evitar o abandono, em conjunto com as equipes de Atenção Básica e Especializada e com outras Secretarias Municipais e Organizações Sociais;
- Participar da Rede de Proteção às Pessoas Idosas, articulando ações conjuntas para garantia dos direitos das mesmas, tendo como diretriz o Estatuto do Idoso e fazendo encaminhamentos necessários, segundo as diretrizes e os fluxos estabelecidos por SMS;
-

- Participar das atividades de inserção da pessoa idosa na comunidade, através de atividades de lazer, cultura, esportes e outros serviços destinados a esses usuários, estimulando a independência e preservando a autonomia;
- Trabalhar de forma interdisciplinar, promovendo a integração e participação de toda a equipe da URSI;
- Ser mediador em situações de tensão, pressão, ou crise, visando a integração da equipe e o bom funcionamento do serviço;
- Acompanhar as atividades da URSI, sendo responsável por compor e gerenciar a equipe interdisciplinar;
- Instaurar e realizar espaços de supervisão da Equipe de Trabalho;
- Proporcionar meios para o desenvolvimento da educação permanente na URSI, voltada para os trabalhadores da unidade e para os demais profissionais da rede;
- Realizar reuniões administrativas com a equipe da URSI, mensais ou com outra periodicidade, de acordo com as necessidades;
- Participar das reuniões técnicas semanais com os profissionais da equipe da URSI para discussão de casos, elaboração dos PTS, acompanhamento dos casos atendidos, bem como os processos de referência, contrareferência e alta;
- Elaborar relatórios administrativos, de acordo com a necessidade de cada usuário e da URSI e quando solicitado;
- Manter atualizadas as informações sobre o programa e ações realizadas na URSI;
- Realizar controle, sistematização e informação dos dados referentes à URSI, garantindo sua análise quantitativa e qualitativa, cumprindo os prazos estabelecidos;
- Garantir avaliações periódicas dos indicadores da URSI por meio dos instrumentais propostos;
- Apresentar a produção mensal da equipe para inclusão nos sistemas de informação de SMS;
- Garantir, em caso de emergência e urgência, acionamento de ambulância (SAMU);
- Atuar como articulador para implantação de atividades de pesquisa e ensino na URSI, tais como estágios, residências médicas e multiprofissionais e aprimoramento, a serem realizadas em

parceria com Instituições de Ensino Superior, em consonância com as orientações didático-pedagógicas preconizadas pela SMS e SUS;

- Representar a equipe da URSI em reuniões técnicas na Secretaria Municipal de Saúde, na Coordenadoria Regional de Saúde e na Supervisão Técnica de Saúde e em outros eventos e atividades intersetoriais e intersecretariais, que sejam referentes às questões da URSI e dos idosos;
- Participar de atividades junto à Secretaria de Saúde da cidade de São Paulo, bem como junto às demais secretarias municipais e instituições parceiras, quando solicitado.

Perfil

- Ter formação em Gerontologia, ou Título de Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG, ou título de pós-graduação strictu sensu em área gerontológica, ou ter experiência comprovada, de no mínimo dois anos, em serviços de atendimento à pessoa idosa; Neste último caso, deve comprometer-se a apresentar comprovante de inscrição em curso de especialização na área gerontológica em até 6 (seis) meses da posse do cargo e título de formação específico no prazo de 3 (três) anos, a contar da data de início do trabalho na URSI;
- Possuir experiência em Saúde Pública, Saúde da Família e em Saúde da Pessoa Idosa;
- Possuir habilidades de gerenciamento e coordenação, com características pessoais de liderança, criatividade, comunicação, paciência, perseverança e iniciativa;
- Possuir capacidade de se relacionar com os diversos níveis hierárquicos e aptidão, para interagir na rede de atenção;
- Possuir habilidade para atender pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social, fragilidade e violência.

7.5.3. Atribuições e Perfil do Assistente Social

Atribuições

- Realizar a Avaliação Gerontológica Específica de Serviço Social (AGE-SS);
- Realizar Avaliação Social, atendimentos e acompanhamentos de idosos e familiares, no tocante às ações pertinentes ao envelhecimento, orientando questões relacionadas ao cuidado e promovendo a minimização das dificuldades do cuidador;
- Realizar atendimento individual aos idosos oriundos de encaminhamentos internos, através da agenda local, para orientações diversas;
- Compor a equipe de Gerontologia e contribuir com o saber específico do Serviço Social;
- Ser facilitador e articulador das relações interpessoais (usuários, familiares, cuidadores, profissionais e equipes);
- Realizar atividades em grupo, promovendo a troca de experiências e estimulando a manutenção da funcionalidade da pessoa idosa (grupo de cuidadores, convivência, sociabilidade, entre outros);
- Orientar e encaminhar, quando necessário, para serviços sócio-assistenciais, tais como: INSS, SP Trans, CRAS, CREAS, Delegacia do Idoso, Fórum e outros serviços;
- Receber, no Acolhimento, de forma individual ou grupal, os pacientes novos e os cuidadores, descrevendo-lhes a rotina, o fluxo, o funcionamento e a composição da URSI;
- Estabelecer vínculos com as redes sócio-assistenciais e de saúde, que focam o idoso como público alvo;
- Realizar, excepcionalmente e em conjunto com os profissionais da UBS de origem, ou de outros serviços, visitas domiciliares para os casos que implicam risco social e de violência, ou quando necessárias para Matriciamento;
- Participar na elaboração e execução das atividades educativas voltadas para a população e profissionais da saúde e demais áreas, incluindo as atividades de telessaúde;
- Participar das reuniões da equipe interdisciplinar na URSI, ou em outros serviços da região de abrangência, para discussão de casos e condutas;
-

- Orientar e acompanhar, em conjunto com a equipe da URSI, os procedimentos para obtenção de medicação de alto-custo, insumos e demais equipamentos médico-hospitalares;
- Participar das reuniões de matriciamento e capacitação das equipes das UBS / PAI / EMAD/ Equipamentos Sócio-sanitários;
- Observar o cumprimento de todas as atribuições constantes no cargo.

Perfil

- Ter graduação em Serviço Social com registro no CRESS (Conselho Regional de Serviço Social);
- Ter formação em Gerontologia, ou Título de Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG, ou título de pós-graduação strictu sensu em área gerontológica, ou ter experiência comprovada, de no mínimo dois anos, em serviços de atendimento à pessoa idosa; Neste último caso, deve comprometer-se a apresentar comprovante de inscrição em curso de especialização na área gerontológica em até 6 (seis) meses da posse do cargo e título de formação específico no prazo de 3 (três) anos, a contar da data de início do trabalho na URSI;
- Ter conhecimentos específicos da área da saúde, em seus múltiplos aspectos (promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e controle social);
- Ser um facilitador e articulador das relações interpessoais (usuários, familiares, cuidadores, profissionais e equipes);
- Possuir habilidade no atendimento à pessoa idosa e saber acolher as demandas próprias do envelhecimento.

7.5.4. Atribuições e Perfil do Cirurgião-Dentista

Atribuições

- Realizar Avaliação Gerontológica Específica da Odontologia (AGE-CD);
- Identificar as necessidades e expectativas dos idosos em relação à saúde bucal
- Orientar a pessoa idosa, os familiares e o cuidador sobre saúde bucal, prevenção de cárie dental, doenças periodontais e a importância da higienização da boca e da prótese;

- Realizar consultas, avaliando quadro clínico, emitindo diagnóstico e encaminhando a pessoa idosa, respeitando os fluxos de referência e contrarreferência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento dos casos;
- Realizar procedimentos clínicos para os casos de disfagia, disartria e outros distúrbios da mastigação;
- Realizar procedimentos clínicos, que se fizerem necessários, de forma a proporcionar maior conforto ao idoso frágil, procedendo ao encaminhamento correto e oportuno;
- Atuar de forma integrada com a equipe de profissionais da URSI;
- Realizar avaliação específica para prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal;
- Solicitar exames complementares, quando necessário;
- Analisar e interpretar resultados de exames radiológicos e laboratoriais;
- Prescrever medicamentos e outras orientações, na conformidade dos diagnósticos efetuados;
- Trabalhar segundo normas técnicas de segurança, qualidade, produtividade, higiene e preservação ambiental;
- Representar a equipe em reuniões, aulas e outras atividades e participar de ações intersetoriais e com secretarias do poder público, órgãos da sociedade civil e outros equipamentos de saúde, sempre que solicitado;
- Realizar atividades em grupo, propostas pela URSI, promovendo a troca de experiências e estimulando a manutenção da funcionalidade da pessoa idosa (grupo de cuidadores, convivência, entre outros);
- Receber, em grupo de acolhimento, os pacientes novos, seus familiares e os cuidadores, descrevendo-lhes a rotina, o fluxo, o funcionamento e a composição da URSI;
- Realizar, excepcionalmente e em conjunto com os profissionais da UBS de origem, visitas domiciliares, quando necessário para o matriciamento;
- Participar na elaboração e execução das atividades educativas, inclusive para atividades de telessaúde;
- Participar das reuniões da equipe interdisciplinar para discussão de casos e condutas e elaboração do PTS;

- Participar das reuniões de matriciamento e capacitação das equipes das UBS/ PAI/EMAD/Serviços sócio-sanitários.

Perfil

- Possuir graduação em Odontologia, com registro no Conselho Regional de Odontologia – CRO;
- Ter formação em Gerontologia, ou Título de Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG, ou título de pós-graduação strictu sensu em área gerontológica, ou ter experiência comprovada, de no mínimo dois anos, em serviços de atendimento à pessoa idosa; Neste último caso, deve comprometer-se a apresentar comprovante de inscrição em curso de especialização na área gerontológica em até 6 meses da posse do cargo e título de formação específico no prazo de 3 anos, a contar da data de início do trabalho na URSI;
- Possuir habilidade, para atender pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social e fragilidade;
- Ter habilidade para trabalhar em equipe interprofissional;
- Ter conhecimento e fazer uso necessário da rede de atenção à saúde;
- Ter habilidade, para colaborar e participar ativamente das ações educativas na rede.

7.5.5. Atribuições e Perfil do Enfermeiro

Atribuições

- Desempenhar as atividades com base no Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem e nos demais manuais da Enfermagem do município³⁰;
- Realizar Avaliação Gerontológica Específica de Enfermagem (AGE-ENF);
- Elaborar plano de cuidados através da consulta de enfermagem e sistematização da assistência;
- Realizar interface com os profissionais das Unidades de Saúde e demais serviços, onde a pessoa idosa estiver em acompanhamento;
- Participar do matriciamento dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde;

- Estimular a iniciativa, a organização e a participação da comunidade em atividades inter-relacionadas em prol da qualidade de vida das pessoas idosas, encorajando, preservando e estimulando sua independência e autonomia;
- Contribuir na identificação de ações de promoção à saúde da pessoa idosa, desenvolvidas pelos setores governamentais e não governamentais, na área de abrangência da URSI;
- Realizar, assessorar e estimular a organização de grupos de idosos para discussão e troca de experiências relativas à sua saúde, com foco na manutenção da qualidade de vida;
- Efetuar notificação, controle e busca ativa de suspeitos e/ou comunicantes de doenças sob vigilância ou de notificação compulsória;
- Participar de atividades junto à Secretaria da Saúde da cidade de São Paulo e às instituições parceiras, quando solicitado;
- Representar a equipe em reuniões, aulas e outras atividades, quando solicitado pelo coordenador, no horário de trabalho;
- Contribuir e realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar em questões do envelhecimento para os profissionais das Redes de Atenção à Saúde;
- Participar e auxiliar nos cursos de Cuidadores de Idosos organizados pela URSI;
- Aplicar métodos e técnicas de ensino-aprendizagem mais adequados à capacitação de pessoas da comunidade, que lidam com práticas de cuidado às pessoas idosas;
- Identificar as condições do meio ambiente físico, social e domiciliar, que constituem risco para a saúde da pessoa idosa;
- Realizar reuniões periódicas com a equipe de Enfermagem;
- Supervisionar as atividades dos auxiliares/técnicos de Enfermagem;
- Realizar escala de serviço da equipe de Enfermagem;
- Realizar ações de educação permanente para a equipe de Enfermagem, conforme necessidade;
- Participar, junto com a gerência, das avaliações institucionais periódicas dos profissionais da equipe de Enfermagem.

Perfil

- Possuir graduação em Enfermagem, com registro no Conselho Regional de Enfermagem – COREN;
- Ter formação em Gerontologia, ou Título de Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG, ou título de pós-graduação strictu sensu em área gerontológica, ou ter experiência comprovada, de no mínimo dois anos, em serviços de atendimento à pessoa idosa; Neste último caso, deve comprometer-se a apresentar comprovante de inscrição em curso de especialização na área gerontológica em até 6 (seis) meses da posse do cargo e título de formação específico no prazo de 3 (três) anos, a contar da data de início do trabalho na URSI;
- Possuir experiência anterior na área da saúde, com visão social, ou de cuidados com pessoas idosas ou deficientes;
- Possuir habilidade para atender pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social e fragilidade;
- Ter iniciativa, comunicação, liderança, facilidade de trabalho em equipe, paciência e perseverança;
- Possuir habilidade para trabalhar em equipe interdisciplinar.

7.5.6. Atribuições e Perfil do Técnico/Auxiliar de Enfermagem

Atribuições

- Auxiliar nas rotinas do tratamento, inclusive na gerência dos insumos (equipamentos, medicamentos, etc), sob supervisão do Enfermeiro, conforme as diretrizes constantes no Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem e demais manuais da Enfermagem do município³⁰;
- Realizar, em conjunto com equipe multiprofissional e sob supervisão do Enfermeiro, orientações para o idoso, familiares, ou cuidadores sobre a correta utilização dos medicamentos e cuidados domiciliares, conforme o PTS e o Plano de Cuidados do Enfermeiro;
-

- Realizar orientação, sob supervisão do Enfermeiro, sobre os exames laboratoriais para pessoas idosas e familiares/cuidadores quanto ao preparo, agendamento de procedimentos internos e exames externos;
- Registrar no prontuário da pessoa atendida, todas as ações realizadas, sob supervisão do Enfermeiro, incluindo informações e orientações dadas aos idosos, à família e cuidadores;
- Acompanhar as anotações dos prontuários e dos agendamentos dos profissionais da equipe, mantendo atualizados os dados pertinentes à suas funções;
- Preencher fichas de acompanhamento de enfermagem das pessoas idosas sob seus cuidados;
- Preencher relatórios e registros de produção das atividades de enfermagem, sob supervisão do Enfermeiro;
- Executar atividades de limpeza, desinfecção, esterilização do material e equipamentos, cuidando de sua ordem, reposição e conservação, bem como o seu preparo, armazenamento e manutenção, segundo as normas técnicas e sob supervisão do Enfermeiro;
- Participar dos grupos educativos e terapêuticos, verificando e monitorando a pressão arterial e outros procedimentos de sua atribuição, quando necessário, sob supervisão do Enfermeiro;
- Participar de reunião da equipe da URSI;
- Trabalhar em parceria com a equipe interprofissional da URSI;
- Organizar e acompanhar a realização de limpeza concorrente das salas de procedimentos.

Perfil

- Possuir formação específica como auxiliar / técnico de Enfermagem, com registro ativo no Conselho Regional de Enfermagem;
- Reconhecer o papel de liderança e supervisão do Enfermeiro;
- Possuir habilidade, para atender pessoas idosas em situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade social;
- Ter iniciativa, comunicação, facilidade de trabalho em equipe, paciência e perseverança;
- Possuir habilidade, para trabalhar em equipe interdisciplinar.

7.5.7. Atribuições e Perfil do Farmacêutico

Atribuições

- Realizar Avaliação Gerontológica Específica da Farmácia (AGE-FM);
- Assegurar o uso racional de medicamentos para os idosos, juntamente com a equipe gerontológica da URSI;
- Identificar, prevenir e resolver todos os desvios, que provocam o não alcance do objetivo terapêutico, juntamente com a equipe gerontológica da URSI;
- Avaliar os problemas de saúde do idoso, a partir da perspectiva da necessidade, efetividade e segurança dos medicamentos;
- Realizar a consulta farmacêutica, composta por anamnese farmacêutica, diagnóstico farmacêutico, intervenções (conduta) e retorno, conforme a necessidade do idoso;
- Atender o idoso, considerando seu contexto biopsicossocial;
- Participar da elaboração e acompanhamento do Plano de Cuidados e do Projeto Terapêutico Singular, em conjunto com a equipe interprofissional;
- Preencher relatórios de encaminhamento, em conjunto com equipe interprofissional, no processo de referência e contra-referência e na lógica da linha de cuidados;
- Compor a equipe interprofissional, colaborando na construção do trabalho de forma integrada, colaborativa e pró-ativa;
- Ter disponibilidade para trabalhar conforme o perfil do território: diagnosticar, conhecer, intervir e avaliar a prática cotidiana, de acordo com as necessidades da população alvo;
- Orientar a equipe da URSI quanto às diretrizes políticas, técnicas e normativas de SMS para o desenvolvimento da Atenção Farmacêutica-AF;
- Conhecer, divulgar e orientar a equipe da URSI quanto à organização e funcionamento da REMUME, Extra-REMUNE, Programa Remédio em Casa, Medicamentos sob protocolo, Componente Estratégico e Especializado da AF, Tratamento de Oncologia pelo SUS e demais medicamentos disponibilizados pelo SUS;
-
-

- Divulgar e orientar a equipe da URSI, usuários, familiares, cuidadores e Conselho Gestor, quanto ao acesso a medicamentos apoiados pelos Centros de Informações sobre Medicamentos (CIM), quando necessário;
- Cumprir, orientar e supervisionar o cumprimento das exigências legais, no que diz respeito aos medicamentos;
- Realizar e registrar adequadamente ações assistenciais voltadas para a clínica farmacêutica, com destaque para a orientação terapêutica ao usuário, a revisão da farmacoterapia, o acompanhamento farmacoterapêutico, a conciliação de medicamentos e a avaliação da adesão terapêutica;
- Desenvolver ações de Farmacoepidemiologia;
- Realizar ações de Farmacovigilância;
- Participar e auxiliar nos cursos de Cuidadores de Idosos organizados pela URSI;
- Observar o cumprimento de todas as atribuições constantes no cargo.

Perfil

- Possuir graduação em Farmácia, com registro no Conselho Regional de Farmácia – CRF;
- Ter formação em Gerontologia, ou Título de Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG, ou título de pós-graduação strictu sensu em área gerontológica, ou ter experiência comprovada, de no mínimo dois anos, em serviços de atendimento à pessoa idosa; Neste último caso, deve comprometer-se a apresentar comprovante de inscrição em curso de especialização na área gerontológica em até 6 (seis) meses da posse do cargo e título de formação específico no prazo de 3 (três) anos, a contar da data de início do trabalho na URSI;
- Ter habilidade para trabalhar em equipe interprofissional;
- Ter conhecimento e fazer uso necessário da rede de atenção à saúde;
- Ter habilidade para colaborar e participar ativamente das ações educativas na rede.

7.5.8. Atribuições e Perfil do Médico Geriatra

Atribuições

- Realizar a Avaliação Gerontológica Específica da Geriatria (AGE-G);
- Atender o idoso, considerando seu contexto biopsicossocial e, especialmente, as questões familiares;
- Realizar consultas, avaliações e testes para diagnóstico diferencial, bem como atendimentos individuais e grupais em geriatria e em conjunto com equipe interprofissional;
- Participar da elaboração e acompanhamento do Plano de Cuidados e do Projeto Terapêutico Singular, em conjunto com a equipe interprofissional;
- Preencher relatórios de encaminhamento, em conjunto com a equipe interprofissional, no processo de referência e contrarreferência, na lógica da linha de cuidados;
- Compor a equipe interprofissional, colaborando na construção do trabalho de forma integrada, colaborativa e pró-ativa;
- Participar e auxiliar nos cursos de Cuidadores de Idosos, organizados pela URSI;
- Ter disponibilidade, para trabalhar conforme o perfil do território: diagnosticar, conhecer, intervir e avaliar a prática cotidiana, de acordo com as necessidades da população alvo;
- Desenvolver ações preventivas e de promoção e proteção à saúde e envelhecimento junto à comunidade;
- Representar a equipe em reuniões, aulas e outras atividades e participar de ações intersetoriais (secretarias do poder público, órgãos da sociedade civil e outros equipamentos de saúde), sempre que solicitado;
- Atuar de forma integrada e articulada às demais Redes de Atenção, estimulando as ações desenvolvidas no território;
- Desenvolver atividades de treinamento e capacitação de profissionais da Atenção Básica da região de cobertura da URSI;
- Realizar atividades programadas e de demanda espontânea em Geriatria;
- Seguir os protocolos de encaminhamento do SUS, para que o idoso permaneça na comunidade durante o maior tempo possível e com a maior capacidade funcional atingível;

- Respeitar os fluxos de referência e contrarreferência locais, cooperar com o matriciamento do atendimento e colaborar na elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) aos usuários, família, cuidadores e comunidade;
- Representar a equipe em reuniões e outras atividades e ações intersetoriais, sempre que solicitado;
- Elaborar laudos, pareceres e atestados, quando solicitado;
- Observar o cumprimento de todas as atribuições constantes no cargo.

Perfil

- Possuir graduação em medicina e residência médica em geriatria e ser registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM;
- Possuir título de especialista em geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG;
- Ter habilidade para trabalhar em equipe interprofissional;
- Ter conhecimento e fazer uso necessário das Redes de Atenção à Saúde;
- Ter habilidade, para colaborar e participar ativamente das ações educativas na rede.

7.5.9. Atribuições e Perfil do Terapeuta Ocupacional

Atribuições

- Realizar a Avaliação Gerontológica Específica de Terapia Ocupacional (AGE-TO);
- Realizar entrevista, anamnese, avaliações e atividades terapêuticas ocupacionais, individuais e grupais junto à pessoa idosa, sua família, ou cuidador, com o objetivo de promover, reabilitar e prevenir agravos à saúde;
- Avaliar a pessoa idosa quanto ao desempenho ocupacional, levando-se em consideração a queixa principal, seu histórico clínico e ocupacional, correlacionando-os à totalidade de suas relações com o mundo e ao exercício da cidadania;
-
-

- Avaliar e estimular o desempenho das Atividades da Vida Diária – AVD (Básicas e Instrumentais), visando manutenção e recuperação de sua capacidade funcional no que tange aos aspectos biopsicossociais;
- Estabelecer os objetivos e desenvolver atividades terapêutico-ocupacionais em conjunto com a pessoa idosa, familiares, cuidador e equipe transdisciplinar, destacando e ordenando as prioridades e estabelecendo um cronograma, a fim de gerar um parâmetro temporal de possibilidades, que se traduz num Projeto Terapêutico Singular;
- Avaliar, criar, estimular e desenvolver gestão de projetos de vida, práticas educativas (orientações e esclarecimentos), abordagens de otimização cognitiva (memória, atenção, concentração, organização, comunicação, planejamento, psicomotricidade, coordenação motora), atividades de humanização do atendimento, recreativas, culturais e de lazer, atividades de convivência, práticas integrativas das MTHPIS (práticas corporais e meditativas), oficinas de atividades terapêuticas, dinâmicas de grupo e outras atividades que sejam significativas e favoreçam o desencadeamento do processo terapêutico ocupacional;
- Reabilitar déficits físicos, cognitivos, sociais e emocionais, que causam prejuízo ao desempenho ocupacional, à manutenção da rotina e ao bem estar da pessoa idosa;
- Atuar como facilitador e capacitador, para que a pessoa idosa faça o melhor uso possível das capacidades funcionais remanescentes e tome suas próprias decisões, assegurando-lhe a conscientização de alternativas realísticas;
- Estimular a auto-determinação da pessoa idosa, através de atividades que promovam o autoconhecimento e autocuidado, otimizando potencialidades, interesses e motivações e construindo uma maneira própria de se relacionar com o meio, atuando com maior autonomia;
- Estimular o desempenho, o mais independente possível, em atividades relacionadas com a reestruturação do tempo livre (trabalho remunerado, voluntariado, lazer e manutenção de seus direitos e papéis sociais);
- Propiciar atividades através das quais a pessoa idosa vivencie o significado existencial, a expressão de valores, a responsabilidade, a (re)descoberta de competências e habilidades, o compromisso e a organização das tarefas cotidianas;

- Avaliar os diferentes níveis de capacidade funcional, realizar treinamento funcional e adaptação às necessidades da pessoa idosa e de seu ambiente físico (barreiras arquitetônicas e ambientais), através de utilização de tecnologia assistiva (equipamentos e dispositivos auxiliares), na perspectiva de segurança da pessoa idosa no seu ambiente, melhor desempenho das atividades de vida diária e melhor qualidade de vida;
- Avaliar o momento para o paciente receber alta do processo terapêutico ocupacional e realizar o acompanhamento pós-alta;
- Promover a prevenção de quedas com atividades e orientações à pessoa idosa, seus familiares e cuidador.

Perfil

- Ter graduação em Terapia Ocupacional, com registro no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO;
- Ter formação em Gerontologia, ou Título de Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG, ou título de pós-graduação strictu sensu em área gerontológica, ou ter experiência comprovada, de no mínimo dois anos, em serviços de atendimento à pessoa idosa; Neste último caso, deve comprometer-se a apresentar comprovante de inscrição em curso de especialização na área gerontológica em até 6 (seis) meses da posse do cargo e título de formação específico no prazo de 3 (três) anos, a contar da data de início do trabalho na URSI;
- Trabalhar dentro de uma dinâmica onde o Terapeuta Ocupacional assume papel de facilitador e integrador do processo do desempenho ocupacional, tendo como objeto de atuação o desempenho da atividade humana;
- Ter habilidade para trabalhar em equipe interprofissional;
- Ter conhecimento e fazer uso necessário da rede de atenção à saúde;
- Ter habilidade, para colaborar e participar ativamente das ações educativas na rede.

7.5.10. Atribuições e Perfil do Psicólogo

Atribuições

- Realizar Avaliação Gerontológica Específica da Psicologia (AGE-PSI);
- Ser facilitador e articulador das relações interpessoais (usuários, familiares, cuidadores, profissionais e equipes);
- Realizar todos os procedimentos inerentes à sua área de atuação, que estejam indicados para a pessoa idosa e seus familiares e cuidadores;
- Atender individualmente, ou em grupo e elaborar relatórios de avaliação e acompanhamento dos idosos, familiares e cuidadores, sempre que solicitado;
- Estimular, colaborar, participar, organizar e realizar com a equipe o diagnóstico diferencial de demência e promover a reabilitação e a estimulação cognitiva;
- Identificar e definir estratégias de intervenção em situações de vulnerabilidade física, psíquica e social;
- Participar de planejamento, organização, estruturação e operacionalização de programas de atendimento, que se fizerem necessários;
- Realizar e/ou participar de atividades sociais, no sentido de manter e melhorar a funcionalidade do idoso;
- Facilitar o reconhecimento do envelhecimento como um processo natural do desenvolvimento, de forma positiva e adequada e perceber a necessidade da manutenção da funcionalidade;
- Desenvolver ações e atividades educativas junto às pessoas idosas, cuidadores, familiares e comunidade;
- Oferecer, aos idosos e familiares, oficinas, palestras e outras atividades em grupo, no enfoque da psicologia, ajudando a superar seus medos e frustrações, o luto e o medo da morte;
- Elaborar e realizar oficinas, palestras, e outras atividades de grupo para a pessoa idosa, familiares e cuidadores, com abordagem no processo de envelhecimento;
- Oferecer suporte psicológico a todos os funcionários da URSI, para lidar com temas específicos como envelhecimento e finitude.

Perfil

- Possuir graduação em Psicologia, com registro no Conselho Regional de Psicologia – CRP;
- Ter formação em Gerontologia, ou Título de Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG, ou título de pós-graduação strictu sensu em área gerontológica, ou ter experiência comprovada, de no mínimo dois anos, em serviços de atendimento à pessoa idosa; Neste último caso, deve comprometer-se a apresentar comprovante de inscrição em curso de especialização na área gerontológica em até 6 (seis) meses da posse do cargo e título de formação específico no prazo de 3 (três) anos, a contar da data de início do trabalho na URSI;
- Ter habilidade para trabalhar em equipe interprofissional;
- Ter habilidade para colaborar e participar ativamente das ações educativas na rede.

7.5.11. Atribuições e Perfil do Fisioterapeuta

Atribuições

- Realizar Avaliação Gerontológica Específica de Fisioterapia (AGE-FT);
- Realizar avaliação fisioterápica e elaborar um plano de tratamento fisioterapêutico individualizado, de acordo com o rol de procedimentos da fisioterapia;
- Planejar, elaborar e executar grupos de atividades cinesioterapêuticas para pessoas idosas com condições crônicas específicas;
- Participar da elaboração de grupos de atividades corporais da MTHPIS em parceria com a equipe interdisciplinar;
- Atuar na promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças e reabilitação das condições crônico-degenerativas;
- Matriciar as equipes de atenção básica no planejamento, elaboração e execução de grupos de orientações, com vistas à prevenção de quedas, sensibilizando para a necessidade de intervenção fisioterapêutica específica;
- Realizar tratamento com técnicas específicas de Fisioterapia, assim como: eletroanalgesia, terapia manual (mobilização articular, mobilização neurodinâmica), técnicas de reeducação

postural e aplicar protocolos específicos para tratamentos, que acometem doenças musculoesqueléticas;

- Promover reequilíbrio biomecânico, dentro do possível da condição crônica já instalada, através da aplicação de diversas técnicas específicas da fisioterapia;
- Restaurar e readaptar a função biomecânica da pessoa idosa, causada por doenças degenerativas;
- Readaptar a perda da função por sequelas de doenças neurológicas / ortopédicas, com uso de dispositivos auxiliares de marcha (bengala, andador, muletas, cadeira de rodas) e de outras tecnologias assistivas;
- Restaurar / readaptar a marcha, adaptando o uso de meios auxiliares;
- Orientar e conscientizar o idoso, a família, ou cuidadores, a respeito da importância e necessidade de manter atividade física regular para promoção da saúde, prevenção e tratamento;
- Avaliar o momento, para o usuário receber alta do processo de atendimento fisioterapêutico e realizar o acompanhamento pós-alta.

Perfil

- Possuir graduação em Fisioterapia, com registro ativo no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO;
- Ter formação em Gerontologia, ou Título de Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG, ou título de pós-graduação strictu sensu em área gerontológica, ou ter experiência comprovada, de no mínimo dois anos, em serviços de atendimento à pessoa idosa; Neste último caso, deve comprometer-se a apresentar comprovante de inscrição em curso de especialização na área gerontológica em até 6 (seis) meses da posse do cargo e título de formação específico no prazo de 3 (três) anos, a contar da data de início do trabalho na URSI;
- Ter conhecimentos específicos da área da saúde, em seus múltiplos aspectos (promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e controle social);

- Ser facilitador e articulador das relações interpessoais (usuários, familiares, cuidadores, profissionais e equipes);
- Ter habilidade para trabalhar em equipe interprofissional;
- Ter conhecimento e fazer uso necessário das redes de atenção sócioassistenciais e da saúde.

7.5.12. Atribuições e Perfil do Fonoaudiólogo

Atribuições

- Realizar Avaliação Gerontológica Específica de Fonoaudiologia (AGE-FN);
- Atuar no ambiente ambulatorial URSI, na área de Fonoaudiologia, com domínio de variadas técnicas, com ênfase em motricidade orofacial, comunicação, voz, linguagem e audição;
- Determinar fatores prognósticos e realizar avaliação clínica objetiva, identificando técnicas, que possam ser aplicadas ao diagnóstico e acompanhamento de pacientes portadores de alterações da motricidade orofacial, comunicação, voz, linguagem e audição, de origem traumática, cirúrgica, ou degenerativa;
- Orientar as pessoas idosas e/ou responsáveis sobre questões fonoaudiológicas em âmbito ambulatorial, nos casos de alterações da motricidade orofacial, comunicação, voz, linguagem e audição;
- Readaptar possíveis alterações miofuncionais;
- Prevenir prováveis alterações nos processos cognitivos e fonatórios;
- Procurar manter alimentação via oral, ou retornar à ela, diminuindo, ou evitando o uso de sondas enterais;
- Participar do processo de transição da dieta por via alternativa de alimentação para via oral, de forma funcional e segura;
- Participar do programa de estimulação sensório-motora oral, do processo da transição de via alternativa de alimentação para via oral;
- Participar, com conhecimentos fonoaudiológicos, do Grupo de Cuidados com a Traqueostomia e no processo de reintrodução de alimentação via oral, de forma funcional e segura;
- Trabalhar, para restabelecer funções de sucção, mastigação, deglutição e fala;

- Atuar nas alterações auditivas, diagnosticando o mais precocemente possível;
- Auxiliar o idoso a atingir sua independência funcional;
- Planejar a terapia fonoaudiológica e trocar informações com a família e os profissionais ligados ao caso;
- Colaborar com a equipe da URSI no diagnóstico diferencial de demência e no processo de estimulação cognitiva, de acordo com o desenvolvimento da síndrome, buscando retardar o desenvolvimento dos sintomas;
- Realizar avaliação clínica da motricidade orofacial, comunicação, voz e linguagem, no âmbito da URSI;
- Realizar avaliação da audição objetiva e comportamental;
- Realizar, em parceria com o serviço de radiologia, exame objetivo da deglutição;
- Solicitar, executar, analisar e interpretar metodologicamente exames complementares auxiliares de diagnóstico e controle evolutivo;
- Encaminhar a pessoa idosa para serviços de alta complexidade da rede, para realizar exames e diagnóstico complementar, diagnóstico diferencial, ou intervenção;
- Reencaminhar os idosos avaliados pela Fonoaudiologia aos demais profissionais envolvidos, posicionando-os sobre o diagnóstico e prognóstico fonoaudiológico, orientando-os sobre a conduta a ser adotada;
- Elaborar relatórios e pareceres fonoaudiológicos sempre que solicitado;
- Participar de reuniões com outros profissionais, ou instituições, para troca de informações dos casos em andamento e para conhecimento de outras experiências, visando obter subsídios, ou parcerias, para implantação, ou melhoria, dos serviços prestados;
- Avaliar o momento para o pessoa idosa receber alta do processo de atendimento fonoaudiológico e realizar o acompanhamento pós-alta.

Perfil

- Possuir graduação em Fonoaudiologia, com registro no Conselho Regional de Fonoaudiologia – CRF;

- Ter formação em Gerontologia, ou Título de Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG, ou título de pós-graduação strictu sensu em área gerontológica, ou ter experiência comprovada, de no mínimo dois anos, em serviços de atendimento à pessoa idosa; Neste último caso, deve comprometer-se a apresentar comprovante de inscrição em curso de especialização na área gerontológica em até 6 (seis) meses da posse do cargo e título de formação específico no prazo de 3 (três) anos, a contar da data de início do trabalho na URSI;
- Ter conhecimentos específicos da área da saúde, em seus múltiplos aspectos (promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e controle social);
- Ser facilitador e articulador das relações interpessoais (usuários, familiares, cuidadores, profissionais e equipes);
- Ter habilidade para trabalhar em equipe interprofissional;
- Ter conhecimento e fazer uso necessário das redes de atenção sócioassistenciais e da saúde.

7.5.13. Atribuições e Perfil do Nutricionista

Atribuições

- Realizar Avaliação Gerontológica Específica de Nutrição (AGE-N);
- Elaborar o diagnóstico nutricional, com base nos dados clínicos, antropométricos, bioquímicos e dietéticos;
- Elaborar a prescrição dietética em receituário individualizado, com base nas diretrizes do diagnóstico nutricional, bem como nas diretrizes para suplementos nutricionais e alimentos para fins especiais;
- Solicitar exames laboratoriais necessários à avaliação nutricional, à prescrição dietética e à evolução nutricional da pessoa idosa, de acordo com as legislações vigentes do Conselho Federal de Nutrição e orientações da SMS/PMSP;
- Registrar, em prontuário, a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos pré-estabelecidos pelo serviço;

- Promover educação alimentar e nutricional à pessoa idosa, orientando seus cuidadores e familiares;
- Matriciar a Atenção Básica para a identificação de idosos com necessidades nutricionais especiais;
- Organizar e supervisionar as ações, equipamentos e insumos da cozinha experimental da URSI;
- Avaliar o momento, para o idoso receber alta do processo de atendimento do nutricionista e realizar o acompanhamento pós-alta.

Perfil

- Possuir graduação em Nutrição, com registro ativo no Conselho Regional de Nutrição – CRN;
- Ter formação em Gerontologia, ou Título de Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG, ou título de pós-graduação strictu sensu em área gerontológica, ou ter experiência comprovada, de no mínimo dois anos, em serviços de atendimento à pessoa idosa; Neste último caso, deve comprometer-se a apresentar comprovante de inscrição em curso de especialização na área gerontológica em até 6 (seis) meses da posse do cargo e título de formação específico no prazo de 3 (três) anos, a contar da data de início do trabalho na URSI;
- Ter conhecimentos específicos da área da saúde, em seus múltiplos aspectos (promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e controle social);
- Ser facilitador e articulador das relações interpessoais (usuários, familiares, cuidadores, profissionais e equipes);
- Ter habilidade, para trabalhar em equipe interprofissional;
- Ter conhecimento e fazer uso necessário das redes de atenção sócioassistenciais e da saúde.

7.5.14. Atribuições e Perfil do Assistente de Gestão de Políticas Públicas (AGPP)

Atribuições

- Organizar e realizar as tarefas administrativas, relativas ao atendimento ao usuário: recepção, telefonemas, preenchimento de ficha de triagem, agendamentos, correspondências e impressos e salas de atendimento;
- Organizar e realizar as tarefas relativas ao suporte técnico-administrativo para o funcionamento da URSI, colaborando na sustentação do projeto terapêutico da unidade;
- Responsabilizar-se, em conjunto com a Coordenação, pelo preenchimento de dados relativos à produção, manutenção e arquivo de documentos e pelo banco de dados;
- Manter arquivos e realizar relatórios financeiros, em parceria com a coordenação da unidade;
- Manter arquivos referentes aos gerenciamentos administrativos, financeiros e de recursos humanos do serviço;
- Realizar e acompanhar a listagem de materiais e insumos para realização das atividades do serviço;
- Organizar e realizar as tarefas relativas à vida funcional dos profissionais da URSI;
- Realizar o controle de frequência, o planejamento de férias e a distribuição dos hollerites;
- Contribuir para o planejamento e escala de trabalho dos profissionais da equipe;
- Participar das reuniões técnico-administrativas, assegurando apropriada interface entre a área técnica e a administrativa;
- Participar de atividades junto à CRS, STS e SMS, quando solicitado;
- Representar a unidade em reuniões, aulas e outras atividades, quando solicitado pela coordenação;
- Apoiar o sistema de referência e contrareferência, quando necessário;
- Participar das atividades de convivência com os usuários;
- Apoiar no acolhimento da comunidade;
- Observar o cumprimento de todas as atribuições constantes no cargo.

Perfil

- Ter, no mínimo, ensino médio completo;
- Possuir habilidade para contato com pessoas idosas, seus familiares e cuidadores;
- Possuir conhecimentos básicos de Word, Excel, Power Point e de utilização de internet;
- Possuir habilidades, para realizar trabalho em equipe;
- Ser dinâmico e criativo.

7.5.15. Atribuições e Perfil do Auxiliar de Saúde Bucal

Atribuições

- Auxiliar e instrumentar o Cirurgião Dentista e o Técnico em Saúde Bucal nos procedimentos clínicos;
- Organizar e executar atividades de higiene bucal;
- Processar filme radiográfico;
- Realizar o acolhimento do paciente no serviço de saúde bucal;
- Preparar o paciente para o atendimento;
- Preparar o idoso para o atendimento odontológico;
- Preparar e organizar instrumental e materiais necessários;
- Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- Manipular materiais de uso odontológico;
- Selecionar moldeiras;
- Preparar modelos em gesso;
- Executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- Adotar medidas de biossegurança, visando ao controle de infecção;
- Desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários;

- Organizar a agenda clínica;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da atenção à Saúde Bucal da URSI;
- Registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle administrativo em saúde bucal;
- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde bucal e da URSI, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma interdisciplinar;
- Observar o cumprimento de todas as atribuições constantes no cargo.

Perfil

- Ter, no mínimo, ensino médio completo e curso de Auxiliar de Saúde Bucal;
- Possuir habilidade para contato com pessoas idosas, seus familiares e cuidadores;
- Ter habilidade para trabalhar em equipe;
- Ser dinâmico e criativo.

7.5.16. Atribuições e Perfil do Técnico de Saúde Bucal

Atribuições

- Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação), individual e coletiva às pessoas idosas, famílias e cuidadores, segundo programação da URSI e de acordo com suas competências técnicas e legais, sob supervisão do Cirurgião Dentista;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Atenção em Saúde Bucal na URSI;

- Realizar profilaxia e escovação supervisionada e ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do cirurgião-dentista;
- Coordenar e realizar a manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- Proceder à lavagem e esterilização do material odontológico, na impossibilidade do Auxiliar de Saúde Bucal;
- Realizar e registrar todos os procedimentos de sua competência conforme estabelecido na Lei 11.889/2008 de 24/12/2008³¹ que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal – ASB;
- Auxiliar na elaboração dos conteúdos e participar de atividades grupais, em conjunto com a equipe interprofissional, sob supervisão do Cirurgião Dentista;
- Acompanhar, planejar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal, em conjunto com os demais membros da equipe da URSI, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma interdisciplinar, sob supervisão do Cirurgião Dentista;
- Participar das capacitações/orientações dos cuidadores e familiares, quando solicitado e do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- Observar o cumprimento de todas as atribuições constantes no cargo.

Perfil

- Ter, no mínimo, ensino médio completo e curso de Técnico de Saúde Bucal;
- Possuir habilidade para contato com pessoas idosas, seus familiares e cuidadores;
- Ter habilidade para trabalho em equipe;
- Ser dinâmico e criativo.

7.5.17. Atribuições e Perfil do Profissional de Educação Física

Atribuições

- Realizar a Avaliação Gerontológica Específica de Educação Física (AGE- EF);
- Realizar entrevistas, avaliações e atividades individuais e grupais junto à pessoa idosa, sua família, ou cuidador, com o objetivo de promover a manutenção e recuperação da capacidade física e funcional e prevenção de fatores agravantes à saúde;
- Estabelecer os objetivos e desenvolver atividades físicas e recreativas grupais com a pessoa idosa, familiares, cuidadores e equipe transdisciplinar, destacando e ordenando as prioridades e estabelecendo um cronograma adequado;
- Participar da elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares – PTS (individual e em grupo), em conjunto com a equipe interprofissional;
- Realizar atendimentos individuais e grupais de atividades físicas, lúdicas e recreativas;
- Implantar programas de atividades físicas individuais e grupais, como forma de promoção à saúde, envelhecimento ativo e prevenção de doenças e agravos;
- Implantar programas de atividades físicas como forma de tratamento e reabilitação das condições de saúde mais prevalentes no território;
- Promover a prevenção de quedas com atividades e orientações à pessoa idosa, seus familiares e cuidadores;
- Atuar como estimulador, para que a pessoa idosa faça o melhor uso possível das capacidades funcionais remanescentes, com conscientização de alternativas realísticas;
- Desenvolver atividades educativas com a comunidade usuária da URSI, disseminando o saber das práticas corporais e de atividades físicas;
- Integrar a equipe interprofissional como profissional da saúde, com uma participação ativa e liderança nas questões relacionadas às práticas corporais e atividades físicas;
- Atuar de forma integrada e articulada às demais Redes de Atenção, estimulando as ações desenvolvidas no território;

- Integrar as Práticas Corporais/Atividades Físicas aos programas da Atenção Básica e da URSI, provendo treinamento e capacitação dos profissionais colaboradores na orientação de uma vida ativa e saudável e na identificação de problemas relacionados ao sedentarismo e não adesão às práticas regulares de atividade física, através de matriciamento;
- Avaliar o momento para o paciente receber alta do processo proposto pelo Profissional de Educação Física e realizar o acompanhamento pós-alta;
- Desenvolver e participar do processo ensino-aprendizagem institucional e das pesquisas que envolvam Educação Física e Atividade Física;
- Observar o cumprimento de todas as atribuições constantes no cargo.

Perfil

- Ter graduação em Educação Física, com registro no Conselho Regional de Educação Física – CREF;
- Ter formação em Gerontologia, ou Título de Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG, ou título de pós-graduação strictu sensu em área gerontológica, ou ter experiência comprovada, de no mínimo dois anos, em serviços de atendimento à pessoa idosa; Neste último caso, deve comprometer-se a apresentar comprovante de inscrição em curso de especialização na área gerontológica em até 6 (seis) meses da posse do cargo e título de formação específico no prazo de 3 (três) anos, a contar da data de início do trabalho na URSI;
- Ter habilidade para trabalhar em equipe interprofissional;
- Ter conhecimento e fazer uso necessário das Redes de Atenção à Saúde;
- Ter habilidade, para colaborar e participar ativamente das ações na rede.

7.6. CARGA HORÁRIA DOS PROFISSIONAIS E DISTRIBUIÇÃO DE HORAS/ATIVIDADE

Os parâmetros para o agendamento diário e mensal, segundo a carga horária dos profissionais, referem-se às horas reservadas para grupos e horas reservadas para consultas individuais;

Vale ressaltar que os grupos são definidos segundo o - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM – SIGTAP³², do SUS, como: atividades educativas sobre ações de promoção e prevenção à saúde, desenvolvidas em grupo; Recomenda-se o mínimo de 10 (dez) participantes, com duração mínima de 30 (trinta) minutos. Deve-se registrar o número de atividades realizadas por mês.

7.6.1 - Distribuição da carga horária do médico geriatra de 20 horas semanais:

Médico Geriatra – 20 horas
<p>Esse profissional deverá ter a distribuição de sua carga horária dividida em 70% para atendimento individual e 30% para participação em grupos e outras atividades, a saber:</p> <p>5 horas semanais reservadas para a consulta de 1ª vez e preenchimento da AGE (1 hora/1ª consulta);</p> <ul style="list-style-type: none">• 4 horas semanais para atividades de educação permanente, matriciamento e discussão de casos;• 1 hora semanal para participação em grupos terapêuticos (30 minutos/grupo – 2 grupos/semana)• 1 hora semanal para atividades administrativas e elaboração de relatórios;• 9 horas semanais para consultas de retorno (30 minutos/consulta);• Número de Consultas agendadas/dia = 1 consulta de primeira vez de 1 hora e consultas de retorno (4 ou 3 consultas de retorno/dia a depender do agendamento das demais atividades obrigatórias).
<p>Distribuição da carga horária semanal</p> <ul style="list-style-type: none">• 14 horas atendimento individual;• 1 hora – Grupos terapêuticos – 10 pacientes;• 4 horas – EP - Educação permanente (matriciamento, telessaúde), discussão de casos e projetos terapêuticos;• 1 hora – Atividades administrativas - Reuniões de equipe, atividades socioculturais, relatórios e trabalhos administrativos.

Considerando-se uma média de 20 dias úteis/mês, a produção mensal do profissional deverá ser de no mínimo 77 atendimentos individuais/mês (AGE e retornos) e 8 grupos/mês.

Sugestão de agenda:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
PERÍODO DE 20 HORAS				
1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)
Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)
Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)
Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)
Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Grupo (1/2 hora)	Grupo (1/2 Hora)
Ativ; Adm (1 hora)	EP (1 hora)	EP(1 hora)	EP (1 hora)	EP (1 hora)

7.6.2. Distribuição da carga horária do cirurgião-dentista de 20 e 40 horas semanais:

A assistência odontológica à pessoa idosa deve ser oferecida na Rede de Atenção à Saúde Bucal do Município. A URSI, no escopo da Rede de Atenção à Saúde Bucal, configura-se como um ponto de atenção destinado a idosos, cujo perfil de saúde seja indicado para este equipamento. O cirurgião-dentista, neste contexto, faz parte da equipe interprofissional, participando da elaboração do projeto terapêutico; Procedimentos odontológicos podem e devem ser realizados por este profissional, em especial próteses dentárias e implantes, além do monitoramento da saúde bucal dos usuários e a produção e disseminação do conhecimento para toda a rede de saúde sobre conteúdos de odontogeriatría.

Cirurgião-dentista – 20 horas semanais
<p>Esse profissional deverá ter a distribuição de sua carga horária dividida em 77,5% para atendimento individual e 22,5% para participação em grupos e outras atividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 horas semanais reservadas para a consulta de 1ª vez e preenchimento da AGE (1 hora/1ª consulta); • 2 horas semanais para atividades de educação permanente, matriciamento e discussão de casos; • 2,5 horas semanais para participação da equipe interprofissional para preenchimento da AGG; 1,5 horas semanais para participação em grupos terapêuticos (30 minutos/grupo – 3 grupos/semana) • 1 hora semanal para atividades administrativas e elaboração de relatórios;

- 8 horas semanais para consultas de retorno (30 minutos/consulta).

Número de Consultas agendadas/dia = 1 consulta de primeira vez de 1 hora, participação nas consultas de AGG e consultas de retorno (de 2 a 5 consultas de retorno/dia a depender do agendamento das demais atividades obrigatórias)

Distribuição da carga horária semanal

- 13 horas atendimento individual
- 1,5 horas – Grupos terapêuticos – 10 pacientes
- 2,5 horas – Aplicação da AGG
- 2 horas – EP - Educação permanente (matriciamento, telessaúde), discussão de casos e projetos terapêuticos
- 1 hora – Atividades Administrativas - Reuniões de equipe, relatórios e trabalhos administrativos

Considerando-se uma média de 20 dias úteis/mês, a produção mensal do profissional deverá ser de, no mínimo, 84 atendimentos individuais/mês (AGE e retornos) e 12 grupos/mês.

Sugestão de agenda:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
PERÍODO DE 20 HORAS				
1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)
AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)
Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Grupo (1/2 hora)	Grupo (1/2 hora)	Grupo (1/2 hora)
Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	EP (1 hora)	EP (1 hora)
Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Ativ Adm (1 hora)
Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	
Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)		

Cirurgião-dentista – 40 horas semanais

Esses profissionais deverão ter a distribuição de sua carga horária dividida em 77,5% para atendimento individual e 22,5% para participação em grupos e outras atividades.

10 horas semanais reservadas para a consulta de 1ª vez e preenchimento da AGE (1 hora/1ª consulta);

- 5 horas semanais para participação da equipe interprofissional para preenchimento da AGG;

- 4 horas semanais para atividades de educação permanente, matriciamento e discussão de casos;
- 3 horas semanais para participação em grupos terapêuticos (30 minutos/grupo – 6 grupos/semana)
- 2 horas semanais para atividades administrativas e elaboração de relatórios;
- 16 horas semanais para consultas de retorno (30 minutos/consulta).

Número de Consultas agendadas/dia = 1 consulta de primeira vez de 1 hora, participação nas consultas de AGG e consultas de retorno (de 4 a 10 consultas de retorno/dia a depender do agendamento das demais atividades obrigatórias).

Distribuição da carga horária semanal

- 26 horas atendimento individual.
- 3 horas – Grupos terapêuticos – 10 pacientes
- 5 horas – Aplicação da AGG
- 4 horas – EP - Educação permanente (matriciamento, telessaúde), discussão de casos e projetos terapêuticos
- 2 horas – Atividades Administrativas - Reuniões de equipe, relatórios e trabalhos administrativos

Considerando-se uma média de 20 dias úteis/mês, a produção mensal do profissional deverá ser de, no mínimo, 168 atendimentos individuais/mês (AGE e retornos) e 24 grupos/mês.

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
1º PERÍODO				
1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)			
AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)
Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Grupo (1/2 hora)	Grupo (1/2 hora)	Grupo (1/2 hora)
Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	EP (1 hora)	EP (1 hora)
Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Ativ Adm (1 hora)
Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	
2º PERÍODO				
1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)			
AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)
Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Grupo (1/2 hora)	Grupo (1/2 hora)	Grupo (1/2 hora)
Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	EP (1 hora)	EP (1 hora)
Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Ativ Adm (1 hora)
Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	Retorno (1/2 hora)	

7.6.3. Técnico e Auxiliar de Saúde Bucal

A proporção de idosos na população do Município de São Paulo tende a crescer a cada ano; Conseqüentemente, as equipes das URSI serão cada vez mais demandadas por essa população;

Nesse sentido, a presença de uma equipe completa de saúde bucal possibilitará um incremento na capacidade de atendimento, possibilitando que o cirurgião dentista realize outras ações específicas ao seu campo, com conseqüente aumento da eficiência e eficácia do cuidado ofertado;

As agendas dos profissionais auxiliares e técnicos de saúde bucal estarão em função e na dependência da agenda do cirurgião-dentista e deverão ser organizadas de forma a permitir o desenvolvimento das respectivas atribuições;

7.6.4. Profissionais de nível superior com carga horária de 40 horas – Nutricionista, Psicólogo e Fonoaudiólogo

Nutricionista, Psicólogo e Fonoaudiólogo – 40 horas semanais

Esses profissionais deverão ter a distribuição de sua carga horária dividida em 55% para atendimento individual e 45% para participação em grupos e outras atividades;

5 horas semanais reservadas para a consulta de 1ª vez e preenchimento da AGE (1 hora/1ª consulta);

- 2,5 horas semanais para participação da equipe interprofissional para preenchimento da AGG;
- 6 horas semanais para atividades de educação permanente, matriciamento e discussão de casos;
- 9 horas semanais para participação em grupos terapêuticos (60 minutos/grupo – 9 grupos/semana)
- 1 hora semanal para atividades administrativas e elaboração de relatórios;
- 16,5 horas semanais para consultas de retorno (45 minutos/consulta);

Número de Consultas agendadas/dia = 1 consulta de primeira vez de 1 hora, participação nas consultas de AGG e consultas de retorno (de 4 a 6 consultas de retorno/dia a depender do agendamento das demais atividades obrigatórias).

Distribuição da carga horária semanal

- 21,5 horas atendimento individual;
 - 9 horas – Grupos terapêuticos – 10 pacientes
 - 2,5 horas – Aplicação da AGG
 - 6 horas – EP - Educação permanente (matriciamento, telessaúde), discussão de casos e projetos terapêuticos
 - 1 hora – Atividades Administrativas - Reuniões de equipe, relatórios e trabalhos administrativos
- Considerando-se uma média de 20 dias úteis/mês, a produção mensal do profissional deverá ser de, no mínimo, 108 atendimentos individuais/mês (AGE e retornos) e 36 grupos/mês.

Sugestão de agenda:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
1º PERÍODO				
1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)
AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)
Grupo (1 hora)	Grupo (1 hora)	Grupo (1 hora)	Grupo (1 hora)	Grupo (1 hora)
Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	EP (1 hora)	EP (45min)	EP (1 hora)
Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)
2º PERÍODO				
Grupo (1 hora)	Grupo (1 hora)	Grupo (1 hora)	Grupo (1 hora)	Retorno (45 min)
EP (1 hora)	EP (1 hora)	EP (1h15min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)
Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)
Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)
Ativ; Adm (1/2 hora)	Ativ;Adm (1/2 hora)		Retorno (45 min)	Retorno (45 min)

7.6.5.- Profissionais de nível superior com carga horária de 40 horas - Farmacêutico

As URSI não realizam dispensação de medicamentos, por não possuírem farmácia;

A presença do farmacêutico na equipe é de fundamental importância, para monitorar o uso racional de medicamentos pelos idosos e participar do matriciamento da Atenção Básica.

Farmacêutico – 40 horas semanais

Esses profissionais deverão ter a distribuição de sua carga horária dividida em 57% para atendimento individual e 43% para participação em grupos e outras atividades.

5 horas semanais reservadas para a consulta de 1ª vez e preenchimento da AGE (1 hora/1ª consulta);

- 2,5 horas semanais para participação da equipe interprofissional para preenchimento da AGG;
- 10 horas semanais para atividades de educação permanente, matriciamento e discussão de casos;

3,5 horas semanais para participação em grupos terapêuticos (30 minutos/grupo – 7 grupos/semana);

- 1 hora semanal para atividades administrativas e elaboração de relatórios;
- 18 horas semanais para consultas de retorno (45 minutos/consulta);

Número de Consultas agendadas/dia = 1 consulta de primeira vez de 1 hora, participação nas consultas de AGG e consultas de retorno (de 4 a 6 consultas de retorno/dia a depender do agendamento das demais atividades obrigatórias).

Distribuição da carga horária semanal

- 23 horas atendimento individual;
- 3,5 horas – Grupos terapêuticos – 10 pacientes;
- 2,5 horas – Aplicação da AGG;
- 10 horas – EP - Educação permanente (matriciamento, telessaúde), discussão de casos e projetos terapêuticos;
- 1 hora – Atividades Administrativas - Reuniões de equipe, relatórios e trabalhos administrativos.

Considerando-se uma média de 20 dias úteis/mês, a produção mensal do profissional deverá ser de, no mínimo, 108 atendimentos individuais/mês (AGE e retornos) e 36 grupos/mês.

Sugestão de agenda:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
1º PERÍODO				
1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)
AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)
Grupo (1/2 hora)	Grupo (1/2 hora)	Grupo (1/2 hora)	Grupo (1/2 hora)	Grupo (1/2 hora)
EP (1 hora)	EP (1 hora)	EP (1 hora)	EP (1 hora)	EP (1 hora)
Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)
2º PERÍODO				
Grupo (1/2 hora)	Grupo (1/2 hora)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Ativ; Adm (1 hora)
EP (1,30 horas)	EP (1,30 horas)	Retorno (45 min)	EP (1 hora)	EP (1 hora)
Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)
Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)
Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)

7.6.6. Profissionais de nível superior com carga horária de 30 horas – Assistente Social, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional e Educador Físico

Assistente Social – 30 horas semanais

Esses profissionais deverão ter a distribuição de sua carga horária dividida em 61% para atendimento individual e 39% para participação em grupos e outras atividades.

5 horas semanais reservadas para a consulta de 1ª vez e preenchimento da AGE (1 hora/1ª consulta);

- 2,5 horas semanais para participação da equipe interprofissional para preenchimento da AGG;
- 8 horas semanais para atividades de educação permanente, matriciamento e discussão de casos;
- 1 hora semanal para atividades administrativas e elaboração de relatórios;
- 13,5 horas semanais para consultas de retorno (45 minutos/consulta);

Número de Consultas agendadas/dia = 1 consulta de primeira vez de 1 hora, participação nas consultas de AGG e consultas de retorno (de 4 a 6 consultas de retorno/dia a depender do agendamento das demais atividades obrigatórias).

Distribuição da carga horária semanal

- 18,5 horas atendimento individual;
- 2,5 horas – Aplicação da AGG;

- 8 horas – EP - Educação permanente (matriciamento, telessaúde), discussão de casos e projetos terapêuticos;
- 1 hora – Atividades Administrativas - Reuniões de equipe, relatórios e trabalhos administrativos;
Considerando-se uma média de 20 dias úteis/mês, a produção mensal do profissional deverá ser de, no mínimo, 100 atendimentos individuais/mês (AGE e retornos).

Sugestão de agenda:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
PERÍODO DE 30 HORAS				
1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)
AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)
Retorno (45min)	Retorno (45min)	Retorno (45min)	Retorno (45min)	Retorno (45min)
Retorno (45min)	Retorno (45min)	Retorno (45min)	Retorno (45min)	Retorno (45min)
Retorno (45min)	Retorno (45min)	Retorno (45min)	Retorno (45min)	Retorno (45min)
Retorno (45min)	Retorno (45min)	Retorno (45min)	Ativ ; Adm (1/2 hora)	Ativ ; Adm (1/2 hora)
EP (2 horas)	EP (1h30min)	EP (1h30min)	EP (1h30min)	EP (1h30min)

Educador físico, Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional – 30 horas semanais

Esses profissionais deverão ter a distribuição de sua carga horária dividida em 36% para atendimento individual e 64% para participação em grupos e outras atividades.

5 horas semanais reservadas para a consulta de 1ª vez e preenchimento da AGE (1 hora/1ª consulta);

- 2,5 horas semanais para participação da equipe interprofissional para preenchimento da AGG;
- 5 horas semanais para atividades de educação permanente, matriciamento e discussão de casos;
- 10,5 horas semanais para participação em grupos terapêuticos (45 minutos/grupo – 14 grupos/semana)
- 1 hora semanal para atividades administrativas e elaboração de relatórios;
- 6 horas semanais para consultas de retorno (45 minutos/consulta);

Número de Consultas agendadas/dia = 1 consulta de primeira vez de 1 hora, participação nas consultas de AGG e consultas de retorno (de 1 a 2 consultas de retorno/dia a depender do agendamento das demais atividades obrigatórias).

Distribuição da carga horária semanal

- 11 horas atendimento individual;
- 10,5 horas – Grupos terapêuticos – 10 pacientes;
- 2,5 horas – Aplicação da AGG;
- 5 horas – EP - Educação permanente (matriciamento, telessaúde), discussão de casos e projetos terapêuticos;
- 1 hora – Atividades Administrativas - Reuniões de equipe, relatórios e trabalhos administrativos.

Considerando-se uma média de 20 dias úteis/mês, a produção mensal do profissional deverá ser de, no mínimo, 52 atendimentos individuais/mês (AGE e retornos) e 56 grupos.

Sugestão de agenda:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
PERÍODO DE 30 HORAS				
1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)
AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)
Grupos (45 min)	Grupos (45 min)	Grupos (45 min)	Grupos (45 min)	Grupos (45 min)
Grupos (45 min)	Grupos (45 min)	Grupos (45 min)	Grupos (45 min)	Grupos (45 min)
Grupos (45 min)	Grupos (45 min)	Grupos (45 min)	Grupos (45 min)	Ativ Adm; (1 hora)
Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)
Retorno (45 min)	Retorno (45 min)	Retorno (45 min)		
EP (45 min)	EP (45 min)	EP (45 min)	EP (1h30min)	EP (1h15min)

7.6.7. Profissionais de nível superior com carga horária de 30 horas – Enfermeiro

Enfermeiro – 30 horas semanais

Estes profissionais deverão ter a distribuição de sua carga horária dividida em 58% para atendimento individual e 42% para participação em grupos e outras atividades.

5 horas semanais reservadas para a consulta de 1ª vez e preenchimento da AGE (1 hora/1ª consulta);

- 2,5 horas semanais para participação da equipe interprofissional para preenchimento da AGG;
- 6 horas semanais para atividades de educação permanente, matriciamento e discussão de casos;
- 1 hora semanal para participação em grupos terapêuticos (30 minutos/grupo – 2 grupos/semana)
- 3 horas semanais para atividades administrativas e elaboração de relatórios;
- 12,5 horas semanais para consultas de retorno (30 minutos/consulta);

Número de Consultas agendadas/dia = 1 consulta de primeira vez de 1 hora, participação nas consultas de AGG e consultas de retorno (de 3 a 7 consultas de retorno/dia a depender do agendamento das demais atividades obrigatórias).

Distribuição da carga horária semanal

- 17,5 horas atendimento individual;
- 1 hora – Grupos terapêuticos – 10 pacientes;
- 2,5 horas – Aplicação da AGG;
- 6 horas – EP - Educação permanente (matriciamento, telessaúde), discussão de casos e projetos terapêuticos;
- 3 horas – Atividades Administrativas - Reuniões de equipe, relatórios e trabalhos administrativos.

Considerando-se uma média de 20 dias úteis/mês, a produção mensal do profissional deverá ser de, no mínimo, 120 atendimentos individuais/mês (AGE e retornos) e 8 grupos/mês.

Sugestão de agenda:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
PERÍODO DE 30 HORAS				
1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)	1ª vez (1 hora)
AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)	AGG (1/2 hora)
Retorno (30 min)	Retorno (30 min)	Retorno (30 min)	Retorno (30 min)	Ativ Adm; (1 hora)
Retorno (30 min)	Retorno (30 min)	Retorno (30 min)	Retorno (30 min)	Retorno (30 min)
Retorno (30 min)	Retorno (30 min)	Retorno (30 min)	Retorno (30 min)	Retorno (30 min)
Retorno (30 min)	Retorno (30 min)	Retorno (30 min)	Retorno (30 min)	Retorno (30 min)
Retorno (30 min)	Retorno (30 min)	Retorno (30 min)	Grupo (30 min)	EP (2 horas)
Retorno (30 min)	Retorno (30 min)	EP (1 hora)	EP (1 hora)	
Grupo (30 min)	Retorno (30 min)	Ativ; Adm (1 hora)	Ativ; Adm (1 hora)	
EP (1 hora)	EP (1 hora)			

7.6.8. Auxiliar de enfermagem

Ficará a cargo do(a) profissional enfermeiro(a) organizar os processos de trabalhos dos auxiliares de enfermagem na URSI, bem como os horários e locais de trabalho.

7.7. ORGANIZAÇÃO DA AGENDA

A organização da agenda dos profissionais da URSI deve garantir que 75% a 80% da mesma sejam voltados ao atendimento clínico, reservando-se 15% a 20% para atividades em grupo, reuniões de equipe e em especial, o matriciamento das equipes da Atenção Básica.

Para que haja integração entre as equipes da Atenção Básica e a equipe da URSI, é fundamental que se promovam encontros para discussão de casos e alinhamento de condutas; O matriciamento é uma das missões desse equipamento e deverá ser estimulado.

Seguem abaixo os parâmetros para a programação dos atendimentos clínicos e disponibilização do número de vagas/mês, segundo as especialidades e carga horária semanal, de acordo com a categoria profissional.

7.8. DISTRIBUIÇÃO DE HORAS POR TIPO DE ATIVIDADE DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA URSI - PARAMETRIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTIDADE	CARGA HORARIA SEMANAL	CARGA HORARIA DIÁRIA	AGG (1H)	AGE (1 H)	CONSULTA		CONSULTA (45 MIN)		GRUPOS TERAPÊUTICOS (30 MIN)		GRUPOS TERAPEUTICOS (45 MIN)		GRUPOS TERAPEUTICOS (60 min)		Educação Permanente (matriciamento, telessaude, etc) (60 min)		Atividades administrativas (60 min)		TOTAL MENSAL				
						HORAS	Nº Consultas	HORAS	Nº Consultas	HORAS	Nº grupos	HORAS	Nº grupos	HORAS	Nº grupos	HORAS	Nº atividades	HORAS	Nº atividades	CONSULTAS (AGE E RETORNOS)	Grupos	E.P	ADM	
UNIVERSITÁRIO	ASSISTENTE SOCIAL	2	30	6	2,5	5	*	*	13,5	18	*	*	*	*	*	*	8	8	1	1	102	0	16	4
	CIR DENTISTA	2	20	4	2,5	5	8	16	*	*	1,5	3	*	*	*	*	2	2	1	1	84	12	8	4
	ED.FISICO	2	30	6	2,5	5	*	*	6	8	*	*	10,5	14	*	*	5	5	1	1	62	56	20	4
	ENFERMEIRO	2	30	6	2,5	5	12,5	25	*	*	1	2	*	*	*	*	6	6	3	3	120	8	24	12
	FARMACÊUTICO	1	40	8	2,5	5	*	*	18	24	3,5	7	*	*	*	*	10	10	1	1	112	28	40	4
	FISIOTERAPEUTA	4	30	6	2,5	5	*	*	6	8	*	*	10,5	14	*	*	5	5	1	1	52	56	20	4
	FONO	2	40	8	2,5	5	*	*	16,5	22	*	*	*	*	9	9	6	6	1	1	108	36	24	4
	GERIATRA	5	20	4	*	5	9	18	*	*	1	2	*	*	*	*	4	4	1	1	77	8	16	4
	NUTRICIONISTA	2	40	8	2,5	5	*	*	16,5	22	*	*	*	*	9	9	6	6	1	1	108	36	24	4
	PSICÓLOGO	2	40	8	2,5	5	*	*	16,5	22	*	*	*	*	9	9	6	6	1	1	108	36	24	4
TO	4	30	6	2,5	5	*	*	6	8	*	*	10,5	14	*	*	5	5	1	1	62	56	24	4	
MÉDIO	AUX ENFN	8	30	6	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	ASB	2	40	8	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	TSB	1	40	8	*	*	*	*	*	*	4	8	*	*	*	*	1	1	*	*	*	32	4	4

8. URSI COMO POLO DE ASSISTÊNCIA

8.1. TERRITORIALIZAÇÃO E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

O território caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas, quase sempre, com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral. Assim, além da delimitação espacial, apresenta um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção.

O reconhecimento do território surge como elemento essencial para o planejamento de ações em saúde e uma ferramenta de gestão, que influi no processo saúde-doença da população e na criação de ambientes saudáveis. Assim, a territorialização, enquanto um dos instrumentos de trabalho da URSI tem como propósito:

- Identificar vulnerabilidades nos grupos sociais;
- Caracterizar o perfil demográfico, epidemiológico e socioeconômico e ambiental da comunidade de atuação;
- Demarcar limites das áreas de atuação dos serviços;
- Reconhecer o ambiente e recursos sociais;
- Estabelecer relações com outros serviços adjacentes e centros de referência;
- Conhecer a dinâmica social existente;
- Potencializar os resultados e os recursos presentes nesse território.

No Município de São Paulo a territorialização está estabelecida e as URSI compõem, com os demais estabelecimentos, a rede de serviços dos territórios. Por ser um ponto de atenção secundário, sua área de abrangência deve ser calculada, preferencialmente, com base nos parâmetros da Portaria nº 1.631 de 01 de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS³³.

8.2. AÇÕES DA EQUIPE GERONTOLÓGICA

A equipe gerontológica deverá desenvolver as seguintes ações:

- Assistência a idosos frágeis e dependentes;
- Promoção e proteção à saúde e prevenção de agravos e de sequelas e complicações;
- Elaboração do Projeto Terapêutico Singular e do Plano de Cuidados;
- Gerenciamento compartilhado com a Atenção Básica;
- Educação permanente, capacitação e treinamento dos profissionais da Rede de Atenção;
- Matriciamento da Atenção Básica e dos demais pontos de atenção da RASPI;
- Orientações para cuidadores;
- Pesquisas específicas na área da Gerontologia.

9. URSI COMO POLO FORMADOR DOS PONTOS DE ATENÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A URSI é um ponto de atenção da RASPI, que tem como característica ser um polo formador e disseminador de conhecimento e um polo de treinamento para os profissionais da Atenção Básica e de outros pontos de atenção, qualificando a atenção à saúde da pessoa idosa em todo o município. Deverá estar organizada, para receber residentes tanto da Geriatria como da residência multiprofissional, além de servir como campo de estágio para acadêmicos das várias especialidades oferecidas, inserindo-se no planejamento do Pró-Saúde e Pet-Saúde.

9.1. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS

O processo educativo é primordial na atenção integral em saúde; Nesse sentido, a URSI também deve propiciar atividades educativas para grupos e indivíduos, num trabalho interprofissional e intersetorial, auxiliando na qualificação da atenção à saúde da população idosa na Atenção Básica e nos demais pontos de atenção da Rede.

Atividades em grupo envolvendo informação sobre saúde como um todo, fazem parte desse contexto e podem ser desenvolvidas pela equipe multiprofissional. Recomenda-se que os temas sejam aqueles afetos às especialidades existentes na URSI e que, na ausência de especialista para um tema necessário, exista a possibilidade de convidar profissionais de outros locais.

Para o redirecionamento do modelo de atenção à saúde da pessoa idosa, há a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia, para o estabelecimento de práticas transformadoras, bem como a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

A educação permanente entra nesse contexto com a finalidade da transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho. Baseia-se em um processo pedagógico, que contempla desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado de que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas, pode ser definida por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc;), e que considera elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa).

Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, onde, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, se identificam os nós críticos (de natureza diversa), que devem ser enfrentados na atenção, ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas, que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

Os processos de educação permanente na URSI devem ser estruturados de modo a identificar e contemplar as necessidades de aprendizado das equipes e os desafios à qualificação do processo de trabalho. As ofertas de educação permanente devem ter sintonia com o momento e contexto das equipes, de modo que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.

A URSI deve realizar o apoio matricial, para promover a troca de saberes e o desenvolvimento de competências, baseados em dúvidas, dificuldades e necessidades de aprendizado das equipes. Devem ser promovidos espaços para criatividade e experimentações, que ampliam as competências da equipe, contribuindo para o aumento da resolutividade e para a efetivação da coordenação integrada do cuidado. Constituem-se como práticas de apoio matricial as discussões de casos entre profissionais das diferentes especialidades, atendimento conjunto, capacitação de casos específicos, intervenções conjuntas nos territórios e teleconsultoria.

São exemplos de matriciadores na atenção básica: equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipes de vigilância em saúde, núcleos de Telessaúde, equipes de centros de especialidades e, também, as equipes das URSI.

Devem ser garantidos momentos para a realização de reuniões de equipe, sendo esses espaços utilizados para organização do processo de trabalho, planejamento e avaliação das ações, educação permanente, integração e troca de conhecimentos entre os profissionais.

Devem ser disponibilizados mecanismos virtuais, ou presenciais, como as comunidades de práticas, grupos de discussão, sítio virtual interativo, ou rede social colaborativa, seminários, mostras, oficinas, entre outros, a fim de promover o compartilhamento de experiências e a troca de conhecimentos. Tais dispositivos favorecem a cooperação horizontal entre profissionais do mesmo município e de outros.

Devem ser oferecidos cursos de atualização e qualificação para os profissionais da gestão, equipes de saúde e técnicos que atuam na AB.

9.2. TELESSAÚDE

O programa Telessaúde Redes do município de São Paulo visa fornecer aos trabalhadores das redes de atenção à saúde do SUS os serviços de teleconsultoria, telediagnóstico, segunda opinião formativa e tele-educação, com vistas à prestação de um atendimento aprimorado e com mais qualidade na atenção básica do SUS. Foi instituído por meio da Portaria nº 1988 (São Paulo – SMS, 2014) e é integrado por gestores da saúde, instituições formadoras de profissionais de saúde e serviços de saúde do SUS³⁴.

Teleconsultoria

A URSI e seus profissionais devem prestar serviço de Teleconsultoria, que se constitui de uma consulta registrada e realizada entre os trabalhadores, por meio de instrumentos de

telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser de dois tipos:

- a) síncrona – teleconsultoria realizada em tempo real, geralmente por chat, web ou videoconferência;
- b) assíncrona – teleconsultoria realizada por meio de mensagens off-line;

As UBS com acesso ao Telessaúde em 02/11/2016 podem ser localizadas a partir do link: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/total_de_unidades_1476818890.pdf

Segunda Opinião Formativa (SOF)

As SOF são elaboradas pelos Núcleos Técnico-Científico do Telessaúde, seguindo uma estrutura definida que organiza o conteúdo e passam por um processo de revisão por um profissional com experiência na atenção primária à saúde (APS) e, por fim, são indexadas e publicadas na BVS APS.

A coleção de SOF é composta por perguntas e dúvidas originadas pelas Equipes de Saúde da Família vinculadas aos Pontos de Telessaúde em funcionamento no âmbito do Programa Telessaúde Brasil Redes. Pode ser considerada como exemplo de “tradução do conhecimento”, já que sintetiza a melhor evidência disponível e apoia os profissionais da saúde nas questões práticas diárias.

A URSI e seus profissionais são instrumentos potentes para a produção das SOF, tendo em vista o pioneirismo do trabalho desenvolvido nesse ponto de atenção e sua natureza fundamentalmente formadora e matriciadora.

Tele-educação

São conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação.

O Programa Telessaúde Redes do Município de São Paulo³⁴ integrará as iniciativas de tele-educação que já são oferecidas regularmente aos trabalhadores das Redes de Atenção à Saúde do Município, especialmente por meio dos Ambientes Virtuais de Aprendizado do Alô Mãe e da Escola Municipal de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

9.3. MATRICIAMENTO

O matriciamento é um espaço coletivo de cogestão, educação e formação, onde se combinam diferentes saberes, produzindo conhecimento mútuo e trocas, para fomentar a cooperação, com o objetivo de assegurar retaguarda especializada às equipes e profissionais. O matriciamento é um processo de construção compartilhada, para criar uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica;

Neste sentido, a URSI deve estar totalmente implicada com o território de referência, criando espaços, onde ocorra o matriciamento das equipes com discussão dos casos, elaboração do PTS/Plano de Cuidados, dentre outras atividades.

9.4. EDUCAÇÃO PERMANENTE

O perfil dos profissionais de saúde está vinculado às características pessoais, aos seus processos de formação e qualificação, bem como às experiências, vivências e práticas por eles experimentadas. Os processos de reorganização da atenção à saúde do idoso vêm exigindo dos profissionais um novo perfil, novas habilidades e competências, para atuar na integralidade do cuidado. Trata-se de concepções e práticas de saúde que incluem: trabalho em equipe, interdisciplinaridade, compartilhamento de saberes, capacidade de planejar, organizar e desenvolver ações direcionadas às necessidades da população. Esse perfil pode ser aperfeiçoado com a implementação de estratégias de educação permanente, entre outras ações que valorizam o profissional;

Os processos de educação permanente devem ser estruturados, de modo a identificar e contemplar as necessidades de aprendizado dos profissionais e os desafios à qualificação

do processo de trabalho da URSI. As ofertas de educação permanente devem ter sintonia com o momento e contexto dos profissionais, de modo que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade. A qualificação dos profissionais vai contribuir para:

melhorar o desempenho técnico e profissional, desenvolver novas competências e habilidades (como por exemplo, relação do apoio matricial da AB), compreender o sistema de saúde e a URSI como integrante deste sistema, entender o que é rede de atenção da URSI com AB e Atenção terciária, bem como contribuir para melhoria nos processos de trabalho, planejamentos e intervenções.

Devem ser disponibilizados aos profissionais mecanismos virtuais, ou presenciais, como Telessaúde, grupos de discussão, seminários, mostras, oficinas, entre outros, a fim de promover o compartilhamento de experiências e a troca de conhecimentos;

É importante a realização de reuniões de equipe, sendo esses espaços utilizados para organização do processo de trabalho, planejamento e avaliação das ações, educação permanente, integração e troca de conhecimentos entre os profissionais;

Deve haver promoção de espaço e atividade de formação e aprendizagem para a formação de profissionais com perfil para atender a necessidade epidemiológica da população. A gerência da URSI deve realizar, permanentemente, articulações interna e externa, transformando o serviço em campo de pesquisa, atividades de extensão e práticas de educação e atenção para estudantes de nível médio, técnico, graduação e pós-graduação. A gerência deve viabilizar cursos de atualização e qualificação para os profissionais que lá atuam (nível médio, técnico ou superior) e se responsabilizar por articular a formulação, execução e implementação dessa oferta.

Saiba Mais

O Sistema Único de Saúde oferece vários repositórios digitais onde são armazenados conteúdos educacionais voltados para os trabalhadores da saúde. Saiba mais consultando os sítios sugeridos abaixo:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>

<http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>

<http://www2.datasus.gov.br/SIHD/>

<http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>

<http://www.unasus.gov.br/page/una-sus/o-que-e-una-sus>

<http://www.unasus.gov.br/page/plataforma-arouca/o-que-e-plataforma-arouca>

http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=9874&Itemid=521

<http://www.prosaude.org/>

http://dab.saude.gov.br/portaldab/comunidade_praticas.php

<http://universus.datasus.gov.br/mod/page/view.php?id=2>

<https://moodle.unasus.gov.br/cursos2/>

10. SISTEMA DE INFORMAÇÃO E INDICADORES

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são essenciais para todos os profissionais de saúde, pois servem como instrumentos indispensáveis na estruturação do processo de trabalho, no cumprimento de metas e elaboração de plano estratégico no desenvolvimento de ações³⁵.

Dessa forma, a utilização de recursos tecnológicos através dos sistemas de informação corresponde a formas estratégicas de planejamento e podem ser usados como importante ferramenta na tomada de decisões.

O Sistema de Informação em Saúde é “um conjunto de mecanismos de coleta, processamento e armazenamento de dados, visando à produção e à transmissão de informações para a tomada de decisões sobre as ações a serem realizadas, avaliando os resultados da sua execução e o impacto provocado na situação de saúde”³⁶.

Estes sistemas têm papel fundamental na avaliação e monitoramento das equipes de saúde e devem servir como ferramenta de intervenção nos planejamentos locais.

No município de São Paulo, os SIS utilizados para alimentação de informações sobre a saúde da população idosa são:

- **e-SUS - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica;**

Tem por objetivo reestruturar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para um sistema unificado, integrando todos os sistemas de informação para a Atenção Básica (AB) e garantindo o registro individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS). O registro das informações em saúde de forma individualizada permite o acompanhamento do histórico de atendimentos de cada usuário, assim como da produção de cada profissional da Atenção Básica. A operacionalização do SISAB é feita pelo sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB); Saiba mais: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>

- **SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial;**

É um sistema utilizado em todos os níveis de gestão, constituindo-se em importante instrumento de informação sobre a rede de serviços e os procedimentos realizados pelas

Unidades de Saúde. A produção deve ser lançada mensalmente. O SIA/SUS permite a verificação da produção em até três meses após a sua realização; Todos os municípios, inseridos ou não na Estratégia Saúde da Família, devem alimentar este sistema com os procedimentos em saúde bucal no âmbito da atenção básica constantes da sua tabela de procedimentos (CAB Nº 17). Saiba mais: <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>

- **SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares;**

É o sistema de informação que armazena dados sobre as internações hospitalares no âmbito do SUS, informada mensalmente por todos os estabelecimentos de saúde públicos, conveniados e contratados que realizam internações e consolidados pelos municípios plenos e estados que após sua análise e aprovação enviam ao DATASUS – Rio para processamento. Saiba mais: <http://www2.datasus.gov.br/SIHD/>

- **SCNES – Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde;**

O Sistema representa um desejo há muito aspirado por todos que utilizam as informações de saúde como base para elaboração do seu trabalho, tanto no aspecto operacional quanto gerencial, visto que os dados cadastrais se constituem um dos pontos fundamentais para a elaboração da programação, controle e avaliação da assistência hospitalar e ambulatorial no país, assim como a garantia da correspondência entre a capacidade operacional das entidades vinculadas ao SUS e o pagamento pelos serviços prestados; Saiba mais: <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>

- **SIGA – Sistema Integrado de Gestão da Assistência a Saúde;**

Desenvolvido a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde–SCNS e do Sistema Nacional de Regulação–SISREG e adaptado para contemplar a diversidade dos processos de trabalho realizados na rede de saúde do Município de São Paulo. É um sistema online. Para utilizá-lo, é necessário que o estabelecimento, os profissionais e os equipamentos estejam cadastrados no sistema, através do módulo Cadastro Municipal de Estabelecimentos de Saúde – CMES. Os gestores das unidades solicitam a criação dos respectivos logins e senhas para a operação do sistema. As solicitações são encaminhadas à Assessoria Técnica de Tecnologia da Informação–ATTI, responsável pelo gerenciamento do módulo de Controle de Acessos Integrado–SCAI, no que se refere às inclusões, permissionamento e manutenções.

Indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. É uma tentativa de estabelecer medidas por meio de relações, portanto de expressões numéricas como forma de aproximação da realidade de um dado fenômeno, fato, evento ou condição.

Os indicadores utilizados para monitorar o processo de implantação da atenção à saúde da pessoa idosa nas URSI estão descritos abaixo e se somam aos demais indicadores do Contrato de Gestão de forma a obter-se as melhores informações possibilitando dessa

forma a tomada da melhor decisão possível na gestão da saúde da pessoa idosa do município.

Indicador 1 – Efetivação dos três relatórios conforme previsto no protocolo

1.1 Relatório Inicial (R1) - URSI

CÁLCULO - Número de relatórios iniciais (R1) elaborados e enviados oportunamente (no prazo de 30 dias, por e-mail) para as UBS correspondentes / Número de pacientes recebidos pela URSI no período X 100, por semestre, por URSI e por UBS.

1.2 Relatório de Acompanhamento (R2) - URSI

CÁLCULO - Número de relatórios de acompanhamento (R2) elaborados e enviados oportunamente (no prazo de 90 dias, por e-mail) para as UBS correspondentes /Número de pacientes recebidos pela URSI no período X 100, por semestre, por URSI e por UBS.

1.3 Relatório de Contrarreferência (R3) - URSI

CÁLCULO - Número de relatórios de contrarreferência (R3) elaborados e enviados oportunamente (no prazo de 180 dias, por e-mail) para as UBS correspondentes /Número de pacientes recebidos pela URSI no período X 100, por semestre, por URSI e por UBS.

Observação: A URSI vai solicitar o agendamento (vaga) na penúltima consulta do idoso na URSI (em relação à alta da URSI). A UBS necessita dar a resposta da data agendada de retorno do idoso, antes da última consulta na URSI, para que possa se preparar, para receber o idoso de volta.

Indicador 2 - Tempo de permanência na URSI (dias)

CÁLCULO – somatório do número de dias de cada paciente sob os cuidados da URSI com alta no período / número de pacientes com alta no período (mês, semestre, ano) por URSI

Indicador 3 - Escalas - Evolução da avaliação

3.1. Proporção de idosos que apresentaram melhora na avaliação pela escala KATZ, por ocasião da alta da URSI, na comparação com o resultado obtido pela UBS, quando da avaliação prévia ao encaminhamento para a URSI.

CÁLCULO – número de idosos que apresentaram melhora na comparação das avaliações / número de idosos contrarreferenciados (por UBS, URSI, período) X 100

3.2. Proporção de idosos que apresentaram piora na avaliação pela escala KATZ, por ocasião da alta da URSI, na comparação com o resultado obtido pela UBS, quando da avaliação prévia ao encaminhamento para a URSI.

CÁLCULO – número de idosos que apresentaram piora na comparação das avaliações / número de idosos contrarreferenciados (por UBS, URSI, período) X 100

3.3. Proporção de idosos que apresentaram melhora na avaliação pela escala LAWTON por ocasião da alta da URSI, na comparação com o resultado obtido pela UBS, quando da avaliação prévia ao encaminhamento para a URSI.

CÁLCULO – número de idosos que apresentaram melhora na comparação das avaliações / número de idosos contrarreferenciados (por UBS, URSI, período) x 100

3.4. Proporção de idosos que apresentaram piora na avaliação pela escala LAWTON por ocasião da alta da URSI, na comparação com o resultado obtido pela UBS, quando da avaliação prévia ao encaminhamento para a URSI.

CÁLCULO – número de idosos que apresentaram piora na comparação das avaliações / número de idosos contrarreferenciados (por UBS, URSI, período) x 100

3.5. Proporção de idosos que apresentaram melhora na avaliação pela escala TUGT por ocasião da alta da URSI, na comparação com o resultado obtido pela UBS, quando da avaliação prévia ao encaminhamento para a URSI.

CÁLCULO – número de idosos que apresentaram melhora na comparação das avaliações / número de idosos contrarreferenciados (por UBS, URSI, período) x 100

3.6. Proporção de idosos que apresentaram piora na avaliação pela escala TUGT por ocasião da alta da URSI, na comparação com o resultado obtido pela UBS, quando da avaliação prévia ao encaminhamento para a URSI.

CÁLCULO – número de idosos que apresentaram piora na comparação das avaliações / número de idosos contrarreferenciados (por UBS, URSI, período) x 100

3.7. Proporção de idosos que apresentaram melhora na avaliação pela escala VELOCIDADE DE MARCHA por ocasião da alta da URSI, na comparação com o resultado obtido pela UBS, quando da avaliação prévia ao encaminhamento para a URSI.

CÁLCULO – número de idosos que apresentaram melhora na comparação das avaliações / número de idosos contrarreferenciados (por UBS, URSI, período) x 100

3.8. Proporção de idosos que apresentaram piora na avaliação pela escala VELOCIDADE DE MARCHA por ocasião da alta da URSI, na comparação com o resultado obtido pela UBS, quando da avaliação prévia ao encaminhamento para a URSI.

CÁLCULO – número de idosos que apresentaram piora na comparação das avaliações / número de idosos contrarreferenciados (por UBS, URSI, período) x 100

3.9. Proporção de idosos que apresentaram melhora na avaliação pela escala MEEM por ocasião da alta da URSI, na comparação com o resultado obtido pela UBS, quando da avaliação prévia ao encaminhamento para a URSI.

CÁLCULO – número de idosos que apresentaram melhora na comparação das avaliações / número de idosos contrarreferenciados (por UBS, URSI, período) x 100

3.10. Proporção de idosos que apresentaram piora na avaliação pela escala MEEM por ocasião da alta da URSI, na comparação com o resultado obtido pela UBS, quando da avaliação prévia ao encaminhamento para a URSI.

CÁLCULO – número de idosos que apresentaram piora na comparação das avaliações / número de idosos contrarreferenciados (por UBS, URSI, período) x 100

3.11. Proporção de idosos que apresentaram melhora na avaliação pela escala GDS por ocasião da alta da URSI, na comparação com o resultado obtido pela UBS, quando da avaliação prévia ao encaminhamento para a URSI.

CÁLCULO – número de idosos que apresentaram melhora na comparação das avaliações / número de idosos contrarreferenciados (por UBS, URSI, período) x 100

3.12. Proporção de idosos que apresentaram piora na avaliação pela escala GDS por ocasião da alta da URSI, na comparação com o resultado obtido pela UBS, quando da avaliação prévia ao encaminhamento para a URSI.

CÁLCULO – número de idosos que apresentaram piora na comparação das avaliações / número de idosos contrarreferenciados (por UBS, URSI, período) x 100.

11. INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ORDENAMENTO E DEFINIÇÃO DE FLUXOS PARA OUTROS PONTOS DA RAS

Figura 8: Fluxo da RASPI- Atenção Básica

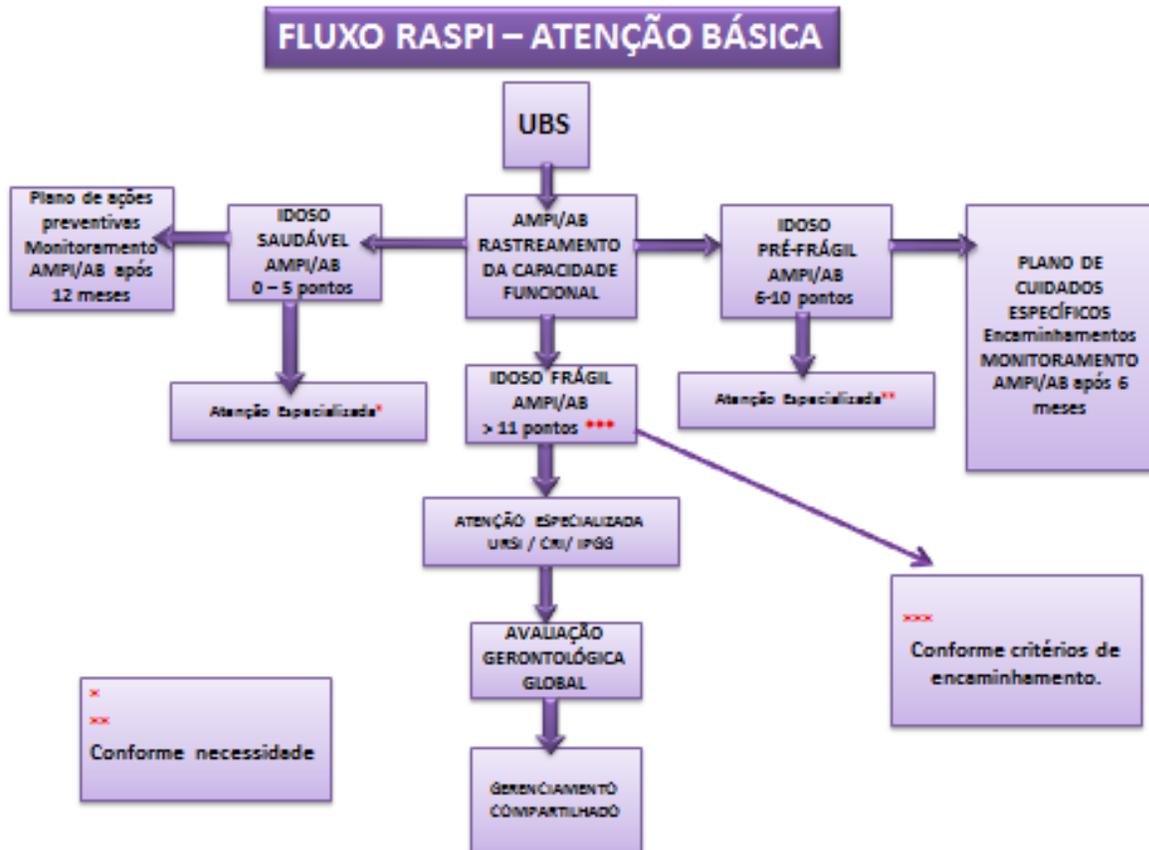
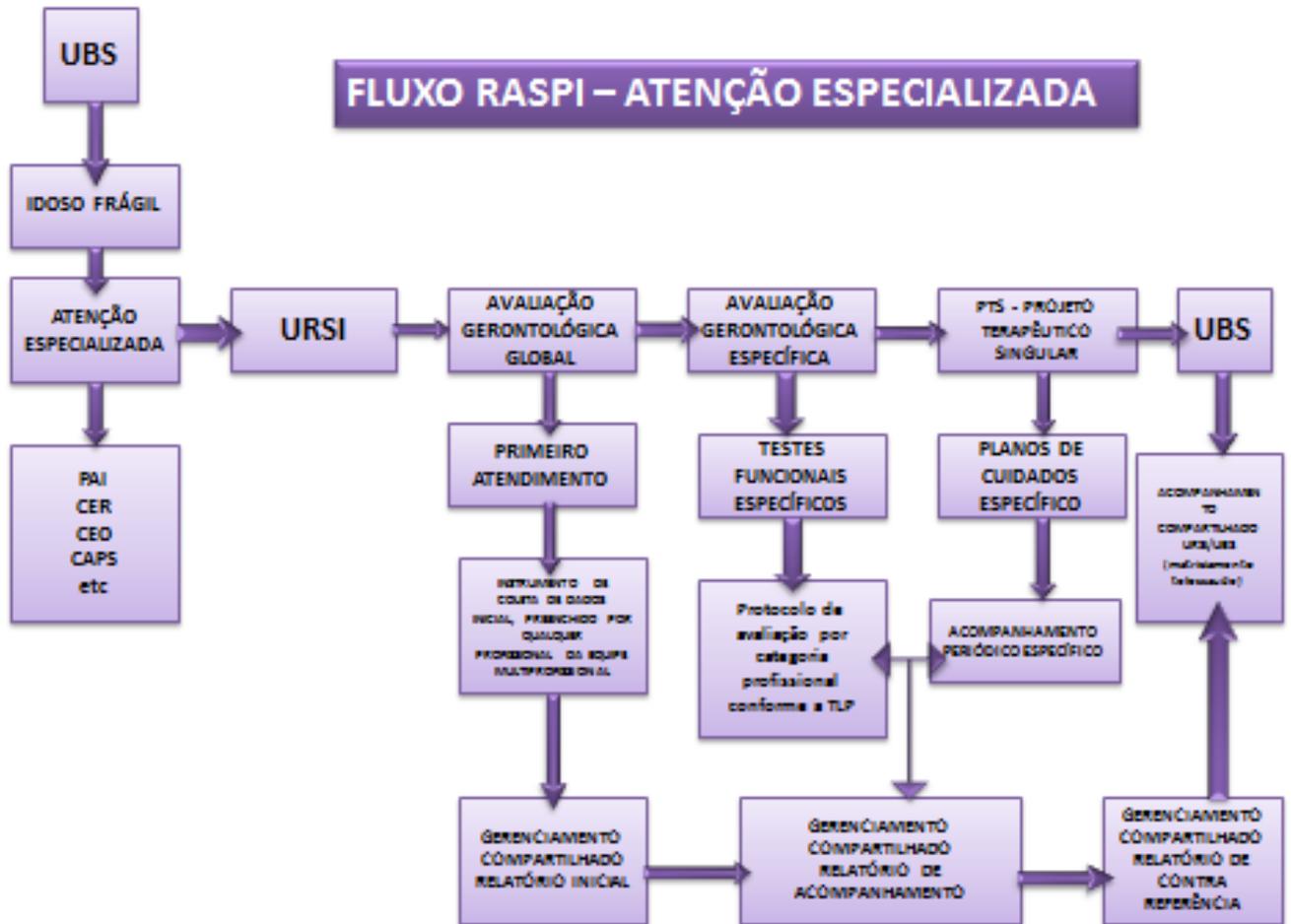


Figura 9: Fluxo da RASPI – Atenção Especializada



12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Documento Norteador da URSI teve como foco a reorganização do serviço de atenção especializada para pessoas idosas no Município de São Paulo, tendo a Atenção Básica como norteadora de todos os processos. É o resultado do trabalho de profissionais das URSI já implantadas e de outros atores que se lançaram a este desafio de construção de uma referência inicial às equipes desses estabelecimentos, para a reestruturação dessas Unidades. Para alcançarmos o sucesso desejado, será necessário romper com formas já estabelecidas da maneira de trabalhar e lidar com o processo saúde-doença. Assim, esse documento busca instrumentalizar equipes e profissionais para a consolidação dessas mudanças.

Este documento traz informações sobre o novo paradigma do envelhecimento e mostra como o município de São Paulo, através da Área Técnica da Saúde da Pessoa Idosa, pretende enfrentar o desafio do envelhecimento da cidade nos próximos anos. Também traz subsídios para a organização do processo de trabalho de forma integrada, em equipe, que culmine na consolidação das Linhas do Cuidado.

Desta forma, por sua amplitude, não se pretende que seja um material a ser seguido de maneira compulsória e acrítica pelos profissionais que dele fizerem uso. Ao contrário, trata-se de uma referência técnica e científica capaz de levar informações básicas e fundamentais à organização das ações de cuidado ao idoso paulistano. Deve ser, pois, uma linha-guia a ser adequada às exigências da realidade, permitindo o melhor enfrentamento possível dos problemas e das demandas apresentadas pelos idosos.

Com esta publicação, a Área Técnica da Saúde da Pessoa Idosa cumpre seu papel de formuladora de políticas de saúde, tendo como desejo que aqueles que utilizarem o Documento Norteador das Unidades de Referência à Saúde do Idoso, o farão no sentido da consolidação do SUS e fortalecimento da Política Municipal de Saúde da Pessoa Idosa na cidade de São Paulo.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: resultados do universo – São Paulo [internet]. Rio de Janeiro: 2010. [acesso em 02/12/2016]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>.
- 2- São Paulo. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE. Sistema de Projeções Populacionais para os municípios do Estado de São Paulo [internet]. São Paulo; 2016 [acesso em 11/12/2016]. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/projpop/pdfs/projpop_metodologia.pdf.
- 3- São Paulo. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE. SPDemográfico – Resenha de Estatísticas Vitais do Estado de São Paulo – 461 anos de São Paulo – O envelhecimento e a dinâmica populacional dos distritos paulistanos [internet]. São Paulo: 2015 [acesso em 11/12/2016]. Disponível em <http://www.seade.gov.br/produtos/midia/spdemografico/SP-Demografico-n1-jan2015-final-2.pdf>.
- 4- Organização das Nações Unidas - ONU. Plano de Ação Internacional de Viena sobre Envelhecimento: Relatório da I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento [internet]. Nova York: 1983 [acesso em 11/12/2016]. Disponível em: <http://www.un.org/en/events/elderabuse/pdf/vipaa.pdf>.
- 5- Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto [internet]. Brasília: 2006 [acesso em 02/12/2016]. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria399_22_02_06.pdf.

- 6- Prefeitura do Município de São Paulo. Plano Municipal de Saúde de São Paulo – 2014 – 2017. 3 ed. [internet]. São Paulo: 2015 [acesso em 11/12/2016]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/planomunicipaldesaudeerceiraedicao.pdf>
- 7- Brasil. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055 [acesso em 02/12/2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.
- 8- Brasil. Lei nº 10.741/2003, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 03 out 2003; Página 1 [internet]. Brasília: 2003 [acesso em 02/12/2016]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2003/lei-10741-1-outubro-2003-497511-norma-pl.html>.
- 9- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretriz para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 31 dez 2010; Seção1:88.
- 10- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- 11- Moysés SJ. Saúde Coletiva: Políticas, Epidemiologia da Saúde Bucal e Redes de Atenção Odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2013.
- 12- 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.

- 13- 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>.
- 14- 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.
- 15- 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.
- 16- 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.
- 17- Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-americana da Saúde - Envelhecimento Ativo: uma política de saúde/ World Health Organization: tradução Suzana Gontijo. Brasília: OPAS; 2005.
- 18- Neri AL. Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais. Campinas: Papyrus; 2001.
- 19- Rozman C. "Farreras: Medicina Interna" 13 ed. Madrid: Doyma; 1995.

- 20- Organização Mundial da Saúde - OMS. Promoción de la salud: glossário. Genebra: OMS; 1998.
- 21- Paschoal SMP. Autonomia e independência. In: Papaléo Netto, M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002, pág. 313-323.
- 22- Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [internet]. Brasília: 2006 [acesso em 02/12/2016]. Disponível em: <http://www.saudeidoso.iciict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>.
- 23- 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>.
- 24- Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria de Direitos Humanos e Cidadania. Lei Municipal nº 13.834 de 27/05/2004. Institui a Política Municipal do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial do Município. 28 maio 2004; Folha 1 [internet]. São Paulo: 2004 [acesso em 12/12/2016]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/idosos/legislacao/index.php?p=11062.
- 25- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: 2006.

- 26- Prefeitura Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Reorganização do Processo de Trabalho Acolhimento à Demanda Espontânea – Atenção Básica – SMS-SP [internet]. São Paulo: 2015. [acesso em 05/12/2016]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Reorganiza_Processo_Trabalho_At-Basica_V1_out-2015.pdf.
- 27- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS [internet]. 4 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 05/12/2016]. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/8962-documentos-da-pnh>.
- 28- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Coordenação Geral de Disseminação de Informações em Saúde – CGDIS. FormSUS: Manual do Gestor. Rio de Janeiro: 2016 [acesso em 05/12/2016]. Disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/manual/formsus_manual.pdf.
- 29- Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2007 fev [acesso em 06/12/2016]; 23(2):399-407. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en.
- 30- Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde. 2. ed. - São Paulo: 2014.
- 31- Brasil. Lei nº 11.889, de 24 dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Diário Oficial da União. 26 dez 2008; Seção 1:Página 2 [internet]. Brasília: 2008 [acesso em 02/12/2016]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2008/lei-11889-24-dezembro-2008-585075-norma-pl.html>.

- 32- Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM – SIGTAP.
- 33- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.631 de 01 out de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS [internet]. Diário Oficial da União. 02 out 2015; Seção1:38 [acesso em 12/12/2016]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/02/PT-PAR--METROS.pdf>.
- 34- Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 1988/2014-SMS.G de 26 set 2014. Institui o programa Telessaúde São Paulo Redes e cria a Coordenação Municipal de Telessaúde e o Comitê Municipal de Telessaúde [internet]. Diário Oficial da Cidade de São Paulo. 26 set 2014; Pág 16. [acesso em 06/12/2016]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2014/iels.set.14/iels184/M_P T-SMS-1988_2014.pdf.
- 35- Benito GAV, Licheski AP. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. Rev Bras Enferm. 2009;62 (3):447-50.
- 36- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios, 1996. Rio de Janeiro: 1998.