



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA

ROSA MARIA BRUNO MARCUCCI

**PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS – PROPOSTA DE
PARAMETRIZAÇÃO DO NÚMERO DE EQUIPES NO TERRITÓRIO**

**RIO DE JANEIRO
2018**

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ROSA MARIA BRUNO MARCUCCI

**PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS – PROPOSTA DE
PARAMETRIZAÇÃO DO NÚMERO DE EQUIPES NO TERRITÓRIO**

Trabalho apresentado para a conclusão
do curso:

**Especialização em Gestão em Saúde da
Pessoa Idosa**

Aluna: Rosa Maria Bruno Marcucci

SI 1001454

Orientadora: Dr^a Lígia Auxiliadora de
Oliveira Py

**RIO DE JANEIRO
2018**

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ROSA MARIA BRUNO MARCUCCI

**PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS – PROPOSTA DE
PARAMETRIZAÇÃO DO NÚMERO DE EQUIPES NO TERRITÓRIO**

SÃO PAULO

2018

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ROSA MARIA BRUNO MARCUCCI

**PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS – PROPOSTA DE
PARAMETRIZAÇÃO DO NÚMERO DE EQUIPES NO TERRITÓRIO**

Trabalho apresentado para a conclusão do curso:
Especialização em Gestão em Saúde da Pessoa Idosa

Aluna: Rosa Maria Bruno Marcucci - SI 1001454

Orientadora: Dr^a Lígia Auxiliadora de Oliveira Py

SÃO PAULO

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus** que me guia em seu Universo infinito e maravilhoso e me proporciona a capacidade de evoluir a cada instante!

Quero homenagear meus pais, **Júlio Marcucci e Célia Bruno Marcucci**, que mesmo já tendo feito a passagem, permanecem em mim através de seus exemplos de vida digna e voltada para enxergar o próximo com a boa vontade de quem pode sempre oferecer um auxílio, um cuidado.

Agradeço ao meu companheiro, **Luis Cecílio Orellana**, pela paciência por minha ausência parcial nesses meses e pela oportunidade que me deu, me escolhendo como esposa e, sendo sua cuidadora, me dando também a oportunidade de avançar na evolução, com a possibilidade de viver um amor pleno e incondicional, superando barreiras juntos e descobrindo forças muito além dos limites de que tinha consciência.

Gratidão também a minha “Rede de APOIO”: **Walter Ferrar, Erimar de Paula, Janette Medeiros e Rony Medeiros**. Sem esse apoio não teria conseguido me ausentar e completar o curso.

Meu reconhecimento aos nossos precursores: **Sérgio Paschoal, Marília Berzins e Sandra Teixeira** que nos guiaram pelas mãos nessa trajetória e nos deixaram um lindo legado. E a todos os **nossos interlocutores, profissionais que atuam na rede e conselheiros**, sem os quais nada do que implantamos seria de fato realizado.

Gratidão pelo aprendizado imenso, pela oportunidade desse programa e pelo contato com os **colegas gestores**, com **os Mestres** do curso e nossa querida referência no COSAPI, **Cristina Hoffman**, e suas importantes experiências e contribuições. Mas, sobretudo, agradeço a nossa orientadora, **Dra. Lígia Py**, que foi muito além da transmissão de conhecimentos teórico-práticos sobre o envelhecimento, nos dedicou carinho, atenção, positividade, lições de vida, despertando a vontade de seguir e ir mais além.

Foi **uma grande honra e felicidade** compartilhar com pessoas que pensam, lutam e fazem parte da história de nosso sofrido, mas maravilhoso **SUS, que produz VIDA!!!**

AVANTE! Temos a fantástica possibilidade de transformar milhares de vidas!

#SUSeuACREDITO

RESUMO

O Programa Acompanhante de Idosos (PAI), implantado em 2004, visa fortalecer a atenção aos idosos em alta situação de vulnerabilidade social e fragilidade física. Durante sua ampliação, surgiu a necessidade de determinar a quantidade de equipes necessárias para cobertura integral. Objetivos: apresentar o PAI e propor um método de parametrização de suas equipes. Realizada revisão bibliográfica, consultas aos sistemas de informação da saúde disponíveis e discussão com a área técnica. Utilizaram-se elementos relacionados às diretrizes do programa e características da população atendida. O PAI é uma iniciativa pioneira que merece padronização nacional e essa parametrização é fundamental para seu planejamento.

Palavras chave: idosos, acompanhante de idosos, vulnerabilidade social e fragilidade física.

MARCUCCI, R.M.B.; PY, L.A.O. Programa Acompanhante de Idosos – Proposta de Parametrização do Número de Equipes no Território. Trabalho de Conclusão de Curso. ENSP FIOCRUZ, São Paulo, 2018.

ABSTRACT

The Elderly Caretaker Programme (“Programa Acompanhante de Idosos”- PAI), started in 2004, aims at fostering attention to the elderly undergoing social vulnerability, as well as physical frailty. During its expansion, a need to determine the number of teams necessary for total coverage emerged. Objectives: to introduce PAI and to propose a parameterization method that could be applied to its teams. A bibliographic review, searches through the available health information systems and a discussion with the technical area were performed. Elements related to the program’s guidelines and to the target population were used. PAI is a pioneering initiative which deserves national standardization, and setting these parameters is fundamental for its proper planning.

Key words: elderly, elderly caretaker, social vulnerability and physical frailty.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
SITUAÇÃO PROBLEMA	04
JUSTIFICATIVA	06
OBJETIVO	16
METODOLOGIA	17
CRONOGRAMA	18
INTERVENÇÃO	19
CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

INTRODUÇÃO

A população idosa mundial vem aumentando exponencialmente. Em 2005, o total de pessoas com idade de 60 anos e mais correspondia a 11,5% da população mundial, devendo atingir 22% até o ano de 2010. Este aumento é evidenciado mesmo em países onde são encontrados graves problemas econômicos que acarretam altos níveis de vulnerabilidade social. Para que se faça o enfrentamento dessa situação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que se façam investimentos em políticas públicas que tornem as cidades e seus ambientes amigáveis onde se *“estimula o envelhecimento ativo ao otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança, para aumentar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem”* (OMS, 2008).

A gerontologia é uma área de estudo que atravessa décadas com vasta produção científica envolvendo diversas áreas de estudo. Desde os anos 80, estudiosos relacionam o “envelhecimento bem sucedido” a uma situação de ausência de doenças, independência, atividade física e engajamento. Em 2016, Romer e Wahl introduzem a esta discussão, questões sobre fragilidade física e vulnerabilidade social como fatores que influenciam a situação de envelhecimento bem sucedido, mostrando que é possível envelhecer com qualidade de vida mesmo necessitando de cuidados, desde que haja uma condição socioeconômica que permita ao idoso acesso à assistência que lhe possibilite exercer suas atividades, mantendo sua autonomia ainda que seja com auxílio de terceiros (ROMER e WAHL, 2016).

Em 2015, a OMS divulgou o relatório mundial sobre saúde e envelhecimento com destaque à necessidade de valorização da capacidade funcional como forma essencial de planejar o cuidado à pessoa idosa e as políticas públicas que envolvem esse grupo populacional, promovendo, assim, o envelhecimento saudável. A OMS ressalta que, além da alta incidência de doenças crônicas entre as pessoas idosas, existem fatores relacionados à perda funcional que determinam a fragilidade de cada indivíduo em seu processo de envelhecimento e que merecem cuidados específicos para assegurar uma atenção específica, prevenção de agravos e melhoria da qualidade de vida (OMS, 2015).

Também é importante para a promoção do envelhecimento saudável levar-se em conta a capacidade intrínseca da pessoa idosa, ou seja, a articulação das

capacidades físicas, mentais e psicossociais (TAVARES, 2014). Dessa forma, torna-se importante associar a fragilidade e a vulnerabilidade como aspectos a serem avaliados e abordados concomitantemente no planejamento da atenção à população idosa.

No Brasil, segundo projeção da Fundação SEADE, em 2018, o número de pessoas com idade de 60 anos e mais já atinge 12,9% do total da população. Desde 2006, com a publicação da Política Nacional de Atenção à Saúde da População Idosa pelo Ministério da Saúde, os municípios foram orientados a desenvolver ações que visem organizar as redes de atenção com o objetivo de atender a população idosa com enfoque na prevenção dos agravos decorrentes do envelhecimento (MS, 2006). Em 2017, a Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (COSAPI/MS), publicou manual de orientações para a implementação da linha de cuidado para atenção integral à população idosa no SUS. Esse documento ressalta a importância da avaliação da capacidade funcional e da classificação da população idosa a fim de identificar seu grau de fragilidade e planejar ações específicas que previnam agravos ou suas complicações e implanta a avaliação multidimensional como prática recomendada para a atenção básica em todos os municípios (MS, 2017).

Na cidade de São Paulo, a população idosa correspondia a 11,9% em 2010 (CENSO IBGE) e, atualmente, corresponde a 14,8% do total da cidade (projeção Fundação SEADE). Desde o início da década passada, há o comprometimento em constituir uma política municipal para atenção à saúde da população idosa. Em 2003, foram inauguradas as primeiras Unidades de Referência à Saúde do Idoso (URSI), serviço composto por equipe multiprofissional com formação em gerontologia, que atua com fluxo específico e critérios de encaminhamento definidos conforme grau de fragilidade (SMS, 2016). Em 2008, foi implantado o Programa Acompanhante de Idosos (PAI) cuja ideia surgiu a partir de uma ação realizada em uma das URSI (URSI SÉ), em 2004, com o objetivo de atender a um grande número de idosos em grave situação de fragilidade e vulnerabilidade social (SMS, 2016).

A partir de 2013, deu-se início a implantação da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (RASPI) que, considerando a Unidade Básica de Saúde (UBS) como ordenadora do cuidado, implanta a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB) como um instrumento que permite a classificação do idoso conforme grau de fragilidade, dando subsídios para a elaboração de planos de

cuidados específicos e organizando os fluxos da RASPI a partir de seus resultados (SMS, 2016).

Atualmente, o fortalecimento da RASPI foi incluído, pela primeira vez, no plano de metas de governo com um conjunto de outras ações específicas para a população idosa, envolvendo várias secretarias e que destina verba específica, com o intuito de transformar o Município de São Paulo em uma Cidade Amiga do Idoso, conforme diretrizes da OMS (OMS, 2008).

SITUAÇÃO PROBLEMA

O município de São Paulo conta atualmente, com 42 equipes do Programa Acompanhante de Idosos. Cada equipe atende 10 a 12 usuários por Acompanhante de Idosos. Ao todo são cerca de 5000 (cinco mil) idosos em atendimento pelo programa no município e a maior parte das equipes relata a existência de idosos em espera para inclusão no programa. Embora todas as Coordenarias Regionais de Saúde contem com a presença de equipes do programa atuando no território, o PAI está presente em algumas das Supervisões Técnicas de Saúde que são composições do território das coordenadorias. A figura 1 mostra a distribuição geográfica das equipes do PAI na cidade e o que pode ser chamado de “vazios assistenciais” do programa.

JUSTIFICATIVA

O Programa Acompanhante de Idosos - PAI é uma iniciativa pioneira de atendimento domiciliar, tendo sido iniciado em 2005 e instituído oficialmente em 2008 pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (BERZINS e PASCHOAL, 2009; SMS, 2016).

Segundo o Documento Norteador do Programa (SMS/PMSP, 2015), o PAI é uma modalidade de cuidado domiciliar biopsicossocial a pessoas idosas em situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade social, que disponibiliza a prestação dos serviços de profissionais de saúde e acompanhantes de idosos, para apoio e suporte nas Atividades de Vida Diária (AVD) e para suprir outras necessidades de saúde e sociais (BERZINS e PASCHOAL, 2009; SMS, 2016; MARCUCCI et al, 2017).

Histórico de implantação

A primeira experiência que originou o programa foi desenvolvida em 2004 através de uma parceria entre a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e o Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG). Através deste projeto, foi realizada capacitação de pessoas para atividades comunitárias com idosos frágeis da região central da cidade. Essas atividades constituíam a identificação de situações de risco a autonomia e independência e desenvolvimento de ações que fossem além das intervenções de saúde realizadas pela URSI SÉ e que atendessem às dificuldades relacionadas à fragilidade e vulnerabilidade social identificadas na população idosa do território.

Em 2005, as áreas técnicas de Saúde Pessoa Idosa e da Saúde Mental de SMS/SP se uniram e, em parceria com uma das associações conveniadas, aprimoraram essa ação e desenvolveram o projeto “Anjos Urbanos” que utilizou como mão de obra as pessoas capacitadas pela UNIFESP dando continuidade ao trabalho iniciado pela URSI SÉ na região do centro da cidade. Este piloto teve como objetivo oferecer cuidados domiciliares às pessoas com dependência funcional para as atividades de vida diária, sendo gerenciado pela equipe da URSI SÉ e tendo como abrangência as regiões de Santa Cecília, Sé e Santana. No primeiro semestre de 2006, foi expandido para

região da Mooca, gerenciado pela equipe da URSI Mooca e denominado Acompanhamento Comunitário do Idoso. Em 2007 foi implantada a terceira equipe também na região sudeste (SMS, 2016).

Em 2008 o programa foi premiado e recebeu incentivo financeiro da iniciativa privada. A repercussão do atendimento nos territórios de atuação gerou uma avaliação positiva pela gestão que resolveu oficializá-lo com o nome Programa Acompanhante de Idosos, ampliando para oito equipes e criando a primeira versão do documento norteador com as diretrizes para atuação das equipes (BERZINS e PASCHOAL, 2009; SMS, 2016).

Entre esses anos o PAI recebeu diversas premiações, já foi apresentado em diversos eventos científicos nacional e internacionalmente e suas diretrizes foram atualizadas em 2012 e 2016, essa última, a versão do Documento Norteador em uso.

Atualmente são 42 equipes atuando em toda a cidade e o único critério utilizado para escolha de locais para a implantação das equipes é a concentração de população idosa não existindo um critério que defina ou estabeleça qual seria a total cobertura do programa em um determinado território. Este critério se faz necessário para que se estabeleça um mecanismo que permita definir quantas equipes são necessárias no município ou no território de cada UBS usando-se o perfil local da população idosa.

Objetivos do Programa Acompanhante de Idosos

Objetivo Geral

Desenvolver e ampliar um programa na rede municipal de saúde da cidade de São Paulo, para inclusão da população idosa dependente e socialmente vulnerável, que apresente dificuldade de acesso ao sistema de saúde e isolamento ou exclusão social devido à insuficiência de suporte familiar ou social, e que contemple a assistência domiciliar e a inclusão no sistema sócio sanitário (SMS, 2016).

Objetivos Específicos

- Promover assistência integral à saúde da população idosa descrita, objetivando desenvolver autocuidado, manutenção ou melhoria da sua capacidade funcional e bem estar, qualidade de vida, autonomia e independência.
- Evitar, ou adiar a institucionalização das pessoas idosas atendidas.
- Promover a quebra do isolamento e exclusão social.
- Formar, acompanhar e dar suporte técnico a acompanhantes de idosos (ACI), para atender a população idosa em seu domicílio e/ou na cidade.
- Integrar as redes formais e informais de atenção à pessoa idosa para fortalecimento de parcerias e obtenção de alternativas de atendimento das demandas sócio sanitárias (SMS, 2016).

Composição da equipe do PAI

A equipe do PAI é composta por:

- Um assistente social,
- Um médico,
- Um enfermeiro,
- Dois auxiliares ou técnicos de enfermagem,
- Dez acompanhantes de idosos (ACI) que desenvolvem suas atividades de acordo com a avaliação, classificação e realização de plano de cuidados específico para cada idoso (SMS, 2016). Existem, desde 2013, algumas equipes com um número maior de ACI.

Critérios de Inclusão e Encaminhamento

O encaminhamento para o Programa Acompanhante de idosos é feito pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e a indicação ao programa depende de critérios de inclusão percebidos pela equipe da Atenção Básica após a realização da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB)^{7,11}. As indicações ao

programa incluem idosos que se encontram isolados, sem suporte familiar ou social (ou com suporte insuficiente), sem acesso a rede de saúde e algum grau de dependência funcional (SMS, 2016; BATISTA, 2013; FERREIRA, 2014).

Os critérios de inclusão no PAI, conforme o Documento Norteador (SMS, 2016) são:

- dependência funcional nas AVD, decorrentes de agravos à saúde;
- mobilidade física reduzida;
- dificuldade de acesso aos serviços de saúde;
- insuficiência de suporte familiar e social;
- isolamento ou exclusão social e
- risco de institucionalização.

Podem ser incluídos idosos acamados não devendo ultrapassar 10% do total de idosos em acompanhamento, uma vez que o município dispõe de equipes de atendimento domiciliar do programa Melhor em Casa. O PAI também atende pessoas idosas com cuidador familiar em casos específicos, onde há evidências de vulnerabilidade social, inclusive, violência e onde o cuidador necessite de suporte (SMS, 2016).

Critérios de Desligamento ou Alta

Conforme as diretrizes do programa (SMS, 2016) a alta ou desligamento do programa atende aos seguintes critérios:

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

O desligamento deve ser feito gradualmente, após atualização da AMPI-AB e do Plano de Cuidados, devendo sempre ser compartilhado com a unidade Básica de Saúde, garantindo a continuidade da assistência ao idoso (SMS, 2016).

O monitoramento do programa, realizado periodicamente, indica que a maior incidência de saída do programa ainda ocorre devido ao falecimento do idoso. As altas são pouco frequentes e o tempo de permanência no acompanhamento do PAI é longo, havendo registros de idosos com 8 anos de permanência no programa (BATISTA, 2013; FERREIRA, 2014). Essa baixa rotatividade pode estar associada ao fato de que a presença do acompanhante é sabidamente um fator de proteção ao idoso, principalmente tratando-se de um grupo de idosos com grave situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade social, e, também, à insuficiência de vagas que restringe o acesso a outros equipamentos que serviriam como suporte a esses idosos, como os centros-dia para idosos, instituições de longa permanência e a própria atenção básica (FERREIRA, 2014).

Processo de Trabalho da equipe do PAI

A capacidade de atendimento da equipe baseia-se no acompanhante de idosos, sendo estabelecido pelas normas do programa que cada ACI deve atender 10 a 12 idosos. Sendo assim, cada equipe deve atender 120 idosos conforme os critérios de inclusão estabelecidos.

Ao ser encaminhado ao programa o idoso será submetido a “Avaliação Inicial” pela equipe técnica que contempla diagnóstico clínico, medicações em uso, AMPI-AB, necessidade de atendimento (consultas, exames e procedimentos), condições de higiene pessoal e ambiental, condição social, econômica e familiar, fatores ambientais de risco, isolamento social e rede de suporte. Através da Avaliação Multidimensional a equipe analisará a viabilidade de inclusão do idoso no programa. O idoso é classificado pelo grau de dependência em: independência, dependência leve, moderada e grave para as atividades de vida diária.

Uma vez admitido, será feita a “Avaliação da Complexidade Situacional”, instrumento específico que analisa a capacidade funcional, suporte social, suporte familiar e autonomia. São considerados três níveis de classificação da complexidade situacional: leve, moderada ou grave.

De acordo com os resultados obtidos na AMPI-AB, Avaliação Inicial e Avaliação da complexidade Situacional, somados a avaliação da equipe técnica e a

disponibilidade do idoso para receber a equipe é que será definido o Plano de Cuidados que poderá ser: simples, intermediário ou complexo. O tipo de Plano de Cuidados define o número de visitas domiciliares a ser realizado pelo Acompanhante de Idosos. Também serão definidas as ações realizadas pelos acompanhantes e pelos demais profissionais da equipe.

O Plano de Cuidados deve ser atualizado a cada seis meses após reavaliação do idoso e discussão com a equipe.

Um dos principais objetivos desse programa é a inserção (ou reinserção) do idoso na sociedade e na rede pública, além disso, ele está colocado na RASPI como uma ação integrada principalmente à Unidade Básica de Saúde (com ou sem estratégia de Saúde da Família) e atua em conjunto com equipe multiprofissional como, por exemplo, os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas, também, integrada à atenção especializada específica, as URSI bem como a integração intersetorial com serviços da assistência social, visando ao provimento de apoio e suporte nas atividades de vida diária e das necessidades sociais e de saúde (BATISTA, 2013; FERREIRA, 2014; MARCUCCI et al, 2017).

No acompanhamento da prática, pode-se evidenciar que as equipes de PAI atuam fortalecendo a rede de suporte local agregando recursos da rede pública e da comunidade e construindo um universo de ações particular a cada idoso o que, de certa forma, auxilia o idoso a se enxergar dentro do contexto social em que vive. As ações podem ser de apoio à alimentação, higiene pessoal e ambiental, acompanhamento de saúde, religiosidade, sociabilidade e atividades externas. O PAI promove assistência integral, humanizada e individualizada, com atendimento interdisciplinar e formação de rede intersetorial, evitando ou retardando a institucionalização e desenvolvendo ações que permitem a recuperação e reabilitação do idoso, um verdadeiro processo de transformação e resgate da autoestima onde o idoso que passa a viver em melhores condições e com melhor qualidade de vida (FERREIRA, 2014).

O Acompanhante de Idosos

O Acompanhante de Idosos (ACI) é considerado como um cuidador de idosos, função descrita na Classificação Brasileira de Ofícios. Os ACI foram introduzidos no

quadro funcional da Secretaria Municipal de Saúde através do PAI. São os principais agentes na atuação domiciliar do programa, visitam os idosos com periodicidade e planejamento de ações que são traçadas na realização do Plano de Cuidados (BATISTA, 2013; SMS, 2016).

Para contratação do ACI, o documento norteador (SMS, 2016) indica o seguinte perfil profissional:

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

As atribuições do ACI na equipe do PAI (SMS, 2016) são:

- Realizar acompanhamento domiciliar da população idosa incluída no Programa;
- Desenvolver ações de prevenção de agravos e promoção à saúde, visando à melhoria da situação de saúde da população idosa usuária do Programa;
- Desenvolver as atividades, em conjunto com as Unidades de Saúde do território, de acordo com o Plano de Cuidados da pessoa idosa atendida no Programa;
- Estar junto e oferecer companhia e apoio aos idosos usuários, através da escuta, de conversas e de atividades externas, de lazer e comunitárias, respeitando os valores, as crenças e a privacidade da pessoa atendida;
- Oferecer ajuda nos cuidados à saúde, como exercícios físicos e respiratórios, conforme orientação de profissional habilitado;

- Acompanhar a pessoa idosa, caso necessário, em consultas, exames, atividades de reabilitação, grupos terapêuticos e outras atividades relacionadas ao seguimento à saúde;
- Monitorar o uso correto da medicação prescrita pelo médico, como também observar as datas de retornos às consultas;
- Realizar ações no cuidado doméstico, relacionadas com a higiene ambiental e pessoal, quando necessário, observando os fatores de risco à saúde e à integridade física e buscando alternativas de solução e de acordo com o Plano de Cuidados;
- Realizar atividades externas, de acordo com o Plano de Cuidados, como por exemplo: passeios, ida a supermercado, farmácia, benefício social, banco, atividades comunitárias e outras;
- Contribuir com a articulação dos recursos existentes na comunidade para criação de rede de apoio ao usuário;
- Promover a independência e autonomia do usuário, estimulando a participação e decisão nas atividades da vida diária, de autocuidado, de lazer e comunitárias;
- Incentivar a inserção do usuário nas atividades e serviços da comunidade, estimulando a independência e preservando a autonomia;
- Informar a Equipe Técnica do Programa a respeito de qualquer intercorrência biopsicossocial, envolvendo a pessoa idosa;
- Apoiar os cuidadores e/ou familiares na atenção à pessoa idosa;
- Verificar a ocorrência de violência e maus tratos e, caso encontrado, comunicar à Unidade da Saúde (UBS/PSF) e à Equipe de Trabalho do Programa para realização da notificação em documento específico;
- Participar das reuniões periódicas com a Equipe Técnica do Programa para discussão de casos;
- Registrar e entregar relatórios de acompanhamento e produtividade, na periodicidade estabelecida.

Os ACI e todos os profissionais do PAI não têm permissão para realizar quaisquer ações que envolvam a manipulação de dados bancários e financeiros, bem como o acesso a bens do idoso em atendimento (BATISTA, 2013; SMS, 2016).

Em geral, as atividades da equipe estão relacionadas à prevenção e promoção à saúde, participações em reunião interna e com as equipes das unidades de referência,

atividades no domicílio e atividades externas, companhia ao idoso, promoção da autonomia e independência, vigilância quanto a possíveis casos de violência, estímulo a participação e execução às atividades externas, visita hospitalar quando da ocorrência de internações. Todas essas são ações previstas na elaboração do plano de cuidados, acompanhadas e desempenhadas por toda a equipe, entretanto, o ACI é a principal personagem e sua atuação é muito importante para o sucesso das intervenções propostas.

Monitoramento e Avaliação

O monitoramento do programa, no formato atual, foi implantado na última revisão do Documento Norteador e é realizado mensalmente, através do registro diário dos dados de produção de cada um dos profissionais da equipe e, também, de registros de atendimento como proporção dos planos de cuidado, grau de dependência e complexidade situacional. Esses dados são discutidos mensalmente nas supervisões técnicas de saúde e trimestralmente nas coordenadorias regionais de saúde. Participam desses encontros: coordenadores das equipes, representantes das organizações sociais e representantes da interlocução da área técnica de saúde da pessoa idosa do território. Também acontece trimestralmente o monitoramento central, realizado na secretaria municipal de saúde (SMS, 2016; MARCUCCI et al, 2017).

A avaliação é feita através de indicadores de produção e indicadores de qualidade. Os dados são registrados manualmente pelos integrantes da equipe uma vez que não existe uma forma de registro nos sistemas de informação utilizados atualmente no município. Esse método foi implantado em 2017, após a publicação na nova versão do documento norteador do programa, então, foi preciso um tempo para treinamento e adaptação das equipes e agora, em 2018, estamos podendo reavaliar as metas de atendimento e processo de trabalho.

Perfil do atendimento no PAI

A partir da coleta mensal de dados (MARCUCI et al, 2017) foi possível começar a identificar o perfil dos idosos em atendimento no programa. Dessa forma, em 2017, o perfil de atendimento identificado foi:

- 4578 idosos em atendimento;
- 75% são mulheres;
- faixa etária: 17% de 60 a 69 anos, 31,4% de 70 a 79 anos, 35,5% de 80 a 89 anos, 15,5% de 90 a 99 anos e 0,6% de 100 anos e +;
- classificação AMPI-AB: 16% saudáveis, 45% pré-frágeis e 39% frágeis;
- complexidade situacional: 41% de baixa complexidade, 51% de média complexidade situacional e 8% de alta complexidade;
- grau de dependência para atividades de vida diária: 10% independentes, 33% com dependência leve, 42% com dependência moderada e 15% com dependência grave.

A motivação deste trabalho foi desenvolver um método de cálculo a partir das características do programa, que indicasse a quantidade necessária de equipes do programa e que facilitasse o planejamento de sua implantação nos territórios das seis coordenadorias regionais de saúde que compõem a divisão territorial da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

OBJETIVO

Desenvolver um método para parametrização da quantidade de equipes do Programa Acompanhante de Idosos, atendendo às reais necessidades do território, a partir das características e diretrizes do programa.

METODOLOGIA

Realizada revisão bibliográfica para a busca de referencial teórico em publicações científicas, portarias oficiais e documentos de diretrizes, buscando subsídios para a escolha de indicadores e método de cálculo que permitam quantificar a necessidade de equipes do programa, conforme o perfil da população idosa, desde o micro ao macro território da cidade de São Paulo.

Para a busca de publicações científicas, foram utilizadas como bases de dados: Scielo, LILACS e BVS, através da BIREME e por consulta *on line*, com recorte temporal de 10 anos. Foram utilizados os seguintes descritores: envelhecimento, programa acompanhante de idosos, vulnerabilidade e fragilidade.

Também foram utilizadas publicações oficiais do Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Organização Mundial de Saúde.

Para o desenvolvimento da proposta de cálculo foram consultados sistemas de informação e bases de dados: DATASUS, TABNET da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEINFO) da SMS de São Paulo e o Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas para o Idoso – SISAP IDOSO, da Fundação Osvaldo Cruz.

O método de cálculo foi proposto observando-se as características e diretrizes do programa e os dados epidemiológicos. Foram utilizados indicadores encontrados nos sistemas de informação consultados e que utilizam como base os sistemas de registro oficiais com o Censo Populacional e Inquéritos de Saúde.

Considerando a metodologia de Intervenção, desenvolvido o método pretendido, foi feita discussão compartilhada com membros da equipe da Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa e da Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria de Saúde do município, cujas contribuições foram incorporadas ao método proposto.

CRONOGRAMA

2017						2018								
Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set
1						2			3		4	5	6	7

1. 2º semestre de 2017: Elaboração do Projeto de Pesquisa
2. Jan a Março de 2018: Revisão Bibliográfica
3. Abril a Maio de 2018: Desenvolvimento do Tema
4. Junho de 2018: Elaboração do texto
5. Julho de 2018: Entrega do Trabalho Escrito
6. Agosto de 2018: Apresentação Oral do Trabalho
7. Setembro de 2018: Entrega final do TCC

INTERVENÇÃO

PARAMETRIZAÇÃO PARA COBERTURA INTEGRAL DO PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSO (PAI) NO TERRITÓRIO

Os critérios de inclusão e as diretrizes do PAI nos indicam que o programa se destina a atender idosos em alta situação de vulnerabilidade e fragilidade e essas foram as variáveis definidas para o desenvolvimento do raciocínio. Inicialmente seriam considerados apenas esses dois fatores, porém, em discussão com a equipe técnica, chegou-se a conclusão de que deveria ser considerada a porcentagem de idosos que contam exclusivamente com a rede pública para seu atendimento. Entretanto, cabe ressaltar que quando se fala em população e suas características e, considerando as diretrizes do PAI e os princípios do Sistema Único de Saúde, o critério de exclusão de usuários da rede de saúde suplementar pode ser reavaliado.

De acordo com as diretrizes do programa, optou-se por incluir como critérios: população idosa no território, percentual da população idosa com acesso exclusivo a rede pública de saúde, índice de vulnerabilidade sócio familiar e proporção de idosos com limitação funcional para realizar Atividades de Vida Diária – AVD. Para usar esses fatores foi necessário optar por valores que permitam o cálculo desde o micro ao macro território do município, sendo que esses valores podem ser utilizados em qualquer região, caso o programa seja implantado em outras cidades.

As variáveis utilizadas para o cálculo são:

- População idosa no território (PIT): No município de São Paulo, utiliza-se a projeção da fundação SEADE que aponta um total de 1.733.796 idosos em 2018. Este valor pode ser obtido através de consulta ao TABNET da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

- Porcentagem de População Idosa sem acesso a rede de saúde suplementar (PISS): este dado pode ser obtido a partir do TABNET do DATASUS, no link da saúde suplementar. Pelo sistema, em março de 2018, 50,1% da população idosa da cidade de São Paulo está cadastrada na rede de atendimento suplementar, logo, 49,9% (ou

0,499) da população pode ser considerado como usuária direta da rede pública de saúde pública.

- Índice de vulnerabilidade sócio familiar (IVSF): índice obtido através do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas para o Idoso, gerenciado pela Fundação Instituto Osvaldo Cruz, que estabelece o valor por município, a partir do censo 2010.

Este indicador refere-se ao risco de vulnerabilidade sócio familiar no qual os idosos residentes no município estão sujeitos.

É composto de cinco dimensões:

D1 - características individuais adstritas (idade, cor/raça, sexo);

D2 - características socioeconômicas individuais (sabe ler e escrever, nível de escolaridade, renda);

D3 - Arranjo doméstico (mora sozinho, não tem cônjuge, não tem cuidador, não é responsável pelo domicílio nem cônjuge do responsável);

D4 - Situação socioeconômica do domicílio (renda per-capita, bens no imóvel, domicílio inadequado);

D5 - Características municipais (IDH, GINI, Enfermeiro por habitante, cobertura da ESF).

O IVSP tem variação entre zero e um, a referência para a cidade de São Paulo, com base no censo 2010, é de 0,40.

- Proporção de idosos com limitação funcional para realizar Atividades de Vida Diária – AVD (PILF): obtido através do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas para o Idoso, gerenciado pela Fundação Instituto Osvaldo Cruz, estabelece a porcentagem de idosos de 60 anos ou mais que referem não conseguir ou ter grande dificuldade para realizar pelo menos uma das atividades a seguir:

- comer sozinho (a) com um prato colocado à sua frente, incluindo segurar um garfo;
- cortar alimentos e beber em um copo;
- tomar banho sozinho (a) incluindo entrar e sair do chuveiro ou banheira;
- ir ao banheiro sozinho (a) incluindo sentar e levantar do vaso sanitário;

- vestir-se sozinho (a), incluindo calçar meias e sapatos, fechar o zíper, e fechar e abrir botões;

- andar em casa sozinho (a) de um cômodo a outro da casa, em um mesmo andar, como do quarto para a sala e cozinha; (6) deitar ou levantar da cama sozinho (a).

Estima o percentual de idosos que referem ter limitação funcional para realizar Atividades de Vida Diária (AVD). Os valores são extraídos da Pesquisa Nacional de Saúde, e valor atribuído para o Estado de São Paulo no ano de 2013, é de 5,18% ou 0,0518.

O quadro abaixo mostra o resumo das variáveis elencadas para elaboração do cálculo de parametrização:

QUADRO 1: Elementos que compõem a parametrização das equipes do Programa Acompanhante de idosos

Variável	PIT	PISS	IVSF	PILF
Fonte	PROJEÇÃO FUNDAÇÃO SEADE	DATASUS ANS	SISAP IDOSO FIOCRUZ	SISAP IDOSO FIOCRUZ
Padrão	MUNICIPAL	MUNICIPAL	MUNICIPAL	ESTADUAL
Ano	2018	2018 (julho)	2010	2013
Valor	1.733.796	49,1% ou 0,491	0,40	5,18% ou 0,051

Dessa forma, o cálculo para a necessidade de equipes do PAI em um determinado território será a relação desses valores e a capacidade máxima de atendimento de uma equipe do programa que é de 120 idosos, ou seja:

$$\text{Nº de equipes de PAI necessárias} = \frac{\text{PIT} \times \text{PISS} \times \text{IVSF} \times \text{PILF}}{120}$$

Para a cidade de São Paulo, o cálculo seria:

$$\frac{1.733.796 \times 0,491 \times 0,40 \times 0,051}{120} \approx 145 \text{ equipes do PAI}$$

Este cálculo poderá ser feito também por supervisões técnicas de saúde, prefeituras regionais, unidades básicas de saúde, enfim, de acordo com a unidade territorial que a administração achar mais adequada.

Por consenso, concluiu-se que essa fórmula necessita de validação visto que foi dado o mesmo peso a todas as variáveis e que não se verificou a possibilidade de identificação de uma proporcionalidade de atendimentos pelos demais serviços que se destinam a essa população idosa com necessidade de cuidados de maior complexidade como, por exemplo, as URSI, equipes de assistência domiciliar, centros-dia para idosos e instituições de longa permanência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Acompanhante de Idosos é uma iniciativa pioneira que vindo sendo aprimorada desde a sua criação e que merece ser padronizado a nível nacional.

Durante a realização deste trabalho identificou-se a necessidade de fazer um estudo para detalhamento sobre o longo tempo de permanência dos idosos em atendimento no programa, identificando se a baixa rotatividade se dá por conta da cobertura irregular da rede sócio sanitária, considerando os demais serviços que poderiam atender esses idosos após a intervenção da equipe, ou, se ele deve ser um programa de atuação prolongada, de fato, levando-se em conta a alta vulnerabilidade e o rápido aumento da população idosa e da longevidade, principalmente nas regiões mais precárias da cidade.

O desenvolvimento de um método que permita a projeção da quantidade de equipes de PAI necessárias em um determinado território é fundamental para que possamos planejar a cobertura adequada dessas equipes, respeitando as diretrizes do programa e, com o território devidamente coberto, permitindo que se possa avaliar o impacto dessa modalidade de assistência dentre as ações de atenção à população idosa no município.

Dessa forma, é importante que se tenha um método de avaliação que identifique quantas equipes de PAI são necessárias em um determinado território, para que se possa, de fato, mensurar a necessidade dessas equipes. O método proposto, apesar da metodologia de discussão compartilhada utilizada, pode ainda necessitar de aprimoramento e validação para que possa servir de modelo para todos os municípios, conforme ocorra a expansão do programa em outras regiões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, M.P.P. Reflexões sobre o processo de trabalho do acompanhante de idosos no Programa Acompanhantes de Idosos (PAI) no município de São Paulo, SP (Brasil). Dissertação de Mestrado, USP. São Paulo, 2013.

BERZINS, M.A.V.S. e PASCHOAL, S.M.P. Programa “Acompanhante de idosos”. Boletim do Instituto de Saúde - SES/SP – 2009.

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos da Atenção Básica: Política de Atenção à Saúde da População Idosa. Brasília, 2006.

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orientações para implementação da linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. Brasília, 2017.

FERREIRA, F.P.C. et al. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidados domiciliares e institucionais. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 17(4): 911-926. Rio de Janeiro, 2014.

MARCUCCI, R.M.B. et al. Programa Acompanhante de Idosos: perfil dos idosos e de atendimentos –SMS/PMSP/2017. Relato de Experiência apresentado no Congresso Interdisciplinar de Assistência Domiciliar. BVS, São Paulo, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde. Versão web, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Guia Global: Cidade Amiga do Idoso. Versão web, 2008.

ROMER, C.T. e WAHL, H.W. Toward a more comprehensive concept of successful aging: disability and care needs. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sic, 2017, Vol. 72, No. 2, 310–318 doi:10.1093/geronb/gbw162 Advance Access publication December 16, 2016

SÃO PAULO, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Documento Norteador da Unidade de Referência em Saúde do Idoso. BVS, São Paulo, 2016.

SÃO PAULO, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Documento Norteador do Programa Acompanhante de Idosos. BVS, São Paulo, 2016.

TAVARES, R.E. et al. Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 20(6): 889-900. RJ, 2017.