



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

LEVY ROSA EVANGELISTA

MAPEAMENTO E AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA
IDOSA NO DISTRITO SANITÁRIO ITAQUI-BACANGA

São Luís
2017

LEVY ROSA EVANGELISTA

MAPEAMENTO E AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA
IDOSA NO DISTRITO SANITÁRIO ITAQUI-BACANGA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Rafael de Abreu Lima

São Luís

2017

LEVY ROSA EVANGELISTA

MAPEAMENTO E AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA NO
DISTRITO SANITÁRIO ITAQUI-BACANGA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à banca de defesa do Curso de
Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovada em: _____ de _____ de _____

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Rafael de Abreu Lima (Orientador)
Mestre em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dra. Ana Héliana de Lima Sardinha
Doutora em Ciências Pedagógicas
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dra. Maria Líbia Holanda Lopes
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho à M^orian Bezerra Rosa Evangelista e Edmilson Soares Evangelista, meus pais, que sempre acreditaram em mim e me incentivaram a prosseguir.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por proporcionar esse momento único em minha vida.

À UFMA, pela forma de qualidade.

Ao corpo docente do Departamento de Enfermagem, pelos saberes e práticas repassados, nos tornando enfermeiros diferenciados dentro do mercado.

Ao meu professor e orientador Rafael de Abreu Lima, primeiramente por me aceitar como orientado em um momento de profundo desespero e pela paciência, disponibilidade e conhecimentos que foram de fundamental importância para realização desse trabalho.

Aos meus pais, que ao longo desses mais de 5 anos de curso, independente das dificuldades que apareciam, nunca deixaram de me apoiar e incentivar. Não tenho palavras para descrever o quanto sou grato.

Ao meu irmão Vitor Rosa, pela companheirismo e cumplicidade.

À minha prima-irmã Danielle Rosa, pela força e incentivo durante a minha graduação.

À minha namorada e melhor amiga (Monniely Gonçalves), pelo apoio durante o curso e por estar ao meu lado em todos os momentos de tristeza e angústia. Por sempre acreditar no meu potencial, quando até eu mesmo duvidava. Obrigado.

Às minhas amigas de turma (Deane Rodrigues, Lívia Salita Lages, Nicole Silva e Sara Carneiro) que desde o primeiro período me acolheram e que tornaram a vivência dentro do curso de enfermagem bem melhor. Agradeço principalmente a Deane Rodrigues e Lívia Salita Lages, que além de colegas de turma foram colegas de prática. Desejo um futuro promissor e sempre levarei vocês comigo.

Aos meus amigos de UFMA e da vida (Matheus Lima, Marcus Paulo Matos, Lucas Cantanhede, Weyder Belo, Julio Coimbra, Matheus França, Francisco Belfort e Nadson Rubem) obrigado pela amizade verdadeira.

Aos voluntários que destinaram o pouco de tempo de folga que lhes restavam, em prol da pesquisa.

Enfim, agradeço a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para conclusão deste trabalho.

Tudo posso Naquele que me fortalece_

Filipenses 4:13

RESUMO

Em busca da eficácia no respeito aos direitos do idoso, iniciou-se a formação de uma rede de serviços, considerada de proteção aos direitos sociais básicos e, no particular, voltada para a pessoa idosa. O objetivo desse estudo foi mapear geograficamente os serviços da rede de atenção à pessoa idosa no distrito do Itaqui-Bacanga. Foi realizado nas sedes da sociedade civil organizada e nas unidades de Saúde da Rede de Atenção do Distrito Sanitário do Itaqui-Bacanga do município de São Luís, Maranhão. A amostra foi formada por 2 (duas) unidades do setor público, 8 (oito) instituições da Sociedade Civil Organizada e 11 (onze) unidades de saúde. A coleta de dados foi realizada no período entre 04 de novembro e 31 de dezembro de 2016 através do questionário adaptado do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS). O resultado da análise do mapeamento desse estudo não reflete necessariamente a realidade do município de São Luís. No distrito Itaqui-Bacanga, apenas dois serviços públicos prestam serviços diretamente direcionados à pessoa idosa: a Secretaria de Turismo e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social. Com relação às entidades da sociedade civil organizada, entre as principais atividades prestadas, destacam-se a realização de oficinas, palestras, atividades físicas e cursos de formação continuada. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (2016) o distrito apresenta somente 17 equipes da Estratégia Saúde da Família cadastradas, segundo o currículo proposto pelo Ministério da Saúde a região apresenta um déficit de 14 equipes. Dessa forma observa-se uma má distribuição de serviços de saúde. A Avaliação Geral dos Serviços de Saúde do Distrito segundo o PNASS mostrou que o bloco III apresentou melhor percentual na avaliação (89%), precedido pelo bloco II (66,27%) e pelo bloco I (59,22%), assim na avaliação por Unidade de Saúde, a maioria das unidades obteve uma pontuação igual ou maior que 50% em relação ao bloco I, apenas uma unidade se encontrou abaixo da média. O bloco II apresentou maior diversidade de resultados, o que já era esperado; quanto ao bloco III observou-se as maiores notas, todas as unidades obtiveram notas acima dos 50%, diferentemente do que foi encontrado nos blocos anteriores. Apesar do estudo ser direcionado ao mapeamento da Rede de Atenção à saúde do idoso, facilmente detectou-se que a Rede é muito fragmentada e que aspectos sociais, políticos e sanitários influenciam fortemente na falta da assistência à saúde.

Palavras-chave: Mapeamento; Envelhecimento; Redes de Atenção

ABSTRACT

In the search for effectiveness in respecting the rights of the elderly, the formation of a service network was begun, considered as protection of basic social rights and, in particular, aimed at the elderly. The objective of this study was to geographically map the services of the elderly care network in the Itaqui-Bacanga district. It was carried out at the headquarters of organized civil society and at the Health Units of the Attention Network of the Itaqui-Bacanga Sanitary District of the municipality of São Luís, Maranhão. The sample consisted of 2 (two) public sector units, 8 (eight) organized civil society institutions and 11 (eleven) health units. Data collection was carried out between November 4 and December 31, 2016 through a questionnaire adapted from the National Health Service Evaluation Program (PNASS). The result of the analysis of the mapping of this study does not necessarily reflect the reality of the city of São Luís. In the Itaqui-Bacanga district, only two public services provide services directly directed to the elderly: the Tourism Secretariat and the Specialized Reference Center for Social Assistance. With regard to organized civil society entities, the main activities provided include workshops, lectures, physical activities and continuing education courses. According to data from the Municipal Health Department (2016), the district presents only 17 teams of the Family Health Strategy registered, according to the calculation proposed by the Ministry of Health, the region presents a deficit of 14 teams. In this way a poor distribution of health services is observed. According to the PNASS, the General Assessment of the District Health Services showed that Block III presented a better percentage in the evaluation (89%), preceded by Block II (66.27%) and Block I (59.22%), Evaluation by Health Unit, the majority of the units obtained a score equal to or greater than 50% in relation to block I, only one unit was below average. Block II presented a greater diversity of results, which was already expected; As for Block III, the highest grades were observed, all units obtained grades above 50%, differently from what was found in the previous blocks. Although the study is directed to the mapping of the Network of Attention to the health of the elderly, it was easily detected that the Network is very fragmented and that social, political and sanitary aspects strongly influence the lack of health care.

Keywords: Mapping; Aging; Networks of Attention

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	JUSTIFICATIVA.....	13
3	OBJETIVOS.....	14
3.1	Geral.....	14
3.2	Específicos.....	14
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
4.1	Envelhecimento populacional.....	15
4.2	Redes de Atenção à Saúde.....	16
4.3	Territorialização e Distritos Sanitários.....	25
5	METODOLOGIA.....	28
5.1	Tipos de estudo.....	28
5.2	Áreas do estudo.....	28
5.3	População.....	28
5.4	Critérios de Inclusão da Pesquisa Principal.....	29
5.5	Critérios de Exclusão da Pesquisa Principal.....	29
5.6	Coletas dos dados e Instrumentos da Pesquisa Principal	29
5.6.1	1ª Etapa da Pesquisa Principal.....	30
5.6.2	2ª Etapa da Pesquisa Principal.....	30
5.7	Análise dos Dados.....	32
5.8	Aspectos Éticos.....	32
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
6.1	Mapeamento dos serviços direcionados à pessoa idosa e atividades desenvolvidas pela Sociedade Civil Organizada.....	33
6.2	Mapeamento e Avaliação dos serviços de saúde.....	35
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
	REFERÊNCIAS.....	43
	APÊNDICES.....	47
	ANEXOS.....	53

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial é um fato concreto e de conhecimento de todos. Ele vem acontecendo em um ritmo acelerado, apresentando demandas e carências em todos os setores. Portanto, o envelhecimento é, hoje, um proeminente fenômeno mundial. Isto significa um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários (CAMARANO, 2002).

O caso brasileiro, pode ser exemplificado por um aumento da participação da população maior de 60 anos no total da população nacional, processo que vem ocorrendo ao longo das últimas décadas. Além disso, a proporção da população de 80 anos e mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, isto é, a população considerada idosa também está envelhecendo. Isso leva a uma heterogeneidade do segmento populacional chamado idoso (VERAS, 2007).

O crescimento relativamente mais elevado do contingente idoso é resultado de suas mais altas taxas de crescimento, em face da alta fecundidade prevalecente no passado comparativamente à atual e à redução da mortalidade. Enquanto o envelhecimento populacional significa mudanças na estrutura etária, a queda da mortalidade é um processo que se inicia no momento do nascimento e altera a vida do indivíduo, as estruturas familiares e a sociedade (CAMARANO, 2002).

A transição demográfica no Brasil ocorre de maneira heterogênea, desorganizada e acelerada desde as últimas décadas do século XX. Podendo ser evidenciada pelo percentual de jovens de 0 a 14 anos que era de 42% em 1960, passou para 30% em 2000 e deverá cair para 18% em 2050. Diversamente, o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos que era de 2,7% em 1960 passou para 5,4% em 2000 e deverá alcançar 19% em 2050, superando o número de jovens (BRITO, 2007).

Essa modificação da pirâmide etária só foi experimentada a partir da década de 60, com um aumento relativo e absoluto da população adulta e idosa, derrubando aos poucos o mito de ser um país de jovens. Sendo, portanto, reflexo direto da queda da taxa de fecundidade e da diminuição da taxa de mortalidade, que também contribuiu com o relativo aumento da taxa de crescimento populacional (CARVALHO; GARCIA, 2003).

A transição demográfica e o envelhecimento populacional introduzem grandes desafios às políticas públicas em saúde, em particular nos grandes centros urbanos. Nestes, em especial, convive-se com altos graus de pobreza e desigualdades, baixa escolaridade e arranjos domiciliares pouco contínuos. Isso gera necessidade de intervenções mais rápidas e equívocas, além de respostas às novas demandas assistenciais que transcendem os núcleos familiares e os possíveis cuidadores, familiares ou não (VERAS, 2007).

Esta mudança demográfica e epidemiológica surge oferecendo novos desafios, não somente na área da saúde, mas em todos os setores do Estado em termos de assistência social, previdência, educação, habitação, trabalho e geração de renda, justiça, cultura, lazer e atividades físicas (CARAMANO, 2004).

Vale destacar que essas mudanças estão acontecendo muito rápido e as políticas públicas não têm acompanhado isso, a tempo de uma reorganização em todas as áreas, para atender às novas demandas emergentes. A velocidade do envelhecimento tem superado a implementação de ações para oferecer melhores condições de vida à pessoa idosa (CARAMANO, 2004).

Além do aumento, em número, da clientela idosa em nossos serviços de saúde, temos como característica dessa demanda a necessidade de assistência contínua e prolongada. Esse processo incapacitante afeta a funcionalidade dos idosos, dificultando a realização das atividades de vida diária, comprometendo significativamente a qualidade de vida dessa população. Os municípios sentem, então, a necessidade de se adaptar rapidamente a este novo cenário, criando espaços nos vários níveis de atenção assistencial para esta crescente população (CARAMANO, 2011).

Em razão disso – a busca da eficácia no respeito aos direitos do idoso –, iniciou-se a formação de uma rede de serviços, considerada de proteção aos direitos sociais básicos e, no particular, voltada para a pessoa idosa. Daí integrou-se diversos órgãos – Rede que deve ser composta de Defensoria do Idoso; Promotoria do Idoso; Vara do Idoso; Conselho de Defesa dos Direitos do Idoso; Centro-dia que cuide do atendimento às necessidades diárias, especializada e contínuo; atendimento domiciliar ao idoso; residência temporária para idosos vítimas de violência; casas-lares; atendimento especializado em hospitais públicos (médicos geriatras); reserva

de leitos em hospitais gerais; capacitação de cuidadores de idosos, etc (NASCIMENTO, 2006).

As propostas de redes no suporte às políticas públicas têm sido, crescentemente, adotadas, a partir da década de 90, para superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, num contexto de complexidade das questões sociais, de processos de privatização, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público. As organizações hierárquicas rígidas caracterizadas por pirâmides hierárquicas e por um modo de produção ditado pelos princípios do taylorismo e do fordismo tendem a ser substituídas por redes estruturadas em tessituras flexíveis e abertas de compartilhamentos e interdependências em objetivos, informações, compromissos e resultados (MENDES, 2011).

As redes têm sido propostas para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos; onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais; onde se manifesta uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã. A gestão eficaz das redes implica: trabalhar rotineiramente na produção de consensos; operar com situações em que todos os atores ganhem; harmonizar os decisores políticos e administrativos; negociar as soluções; e monitorar e avaliar permanentemente os processos (MENDES, 2011).

As redes não são, simplesmente, um arranjo político entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações (MENDES, 2011).

Todos esses elementos conceituais e operacionais considerados para as redes em geral devem estar presentes, no plano setorial, nas redes de atenção, que segundo Shortell et al., 1996 é caracterizado por "redes de organizações que prestam um contínuo de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população".

Portanto, destaca-se dessa forma que a Rede de assistência aos idosos praticado no Brasil ainda é fragmentada, sendo assim, faz-se necessário uma maior visibilidade e integração inter setorial a qual exige esforços e compromissos de todos em uma gestão integrada em favor da melhoria de vida do cidadão idoso.

E todos os gestores partícipes, em suas respectivas esferas de atribuição, cientes da necessidade da união de esforços sob a forma de cooperação técnica e financeira que constitui objeto de compromisso de uma gestão compartilhada, devem fazer parte dessa Rede.

2 JUSTIFICATIVA

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, divulgou que a expectativa de vida do brasileiro aumentou em três anos durante os anos de 1999 e 2009. Atualmente a média de vida é de 73,1 anos (IBGE,2011).

As menores taxas de mortalidade estão entre as mulheres, que representam 55,8% das pessoas com mais de 60 anos. Entre elas, a média passou de 73,9 anos para 77 anos e entre os homens, aumentou de 66,3 para 69,4 anos. O Maranhão possui atualmente o segundo maior número de idosos do país, representando 7,82% da população (IBGE,2011).

Nesse sentido, a temática do presente trabalho foi motivada pela minha vivência no Centro de Atenção Integrada à Saúde do Idoso (CAISI), enquanto acadêmico na disciplina de Saúde do Idoso. Em um dos momentos, observei que apesar da grande quantidade de idosos no estado do Maranhão, a Rede de Atenção da pessoa idosa em São Luís ainda enfrenta algumas dificuldades, como a falta de outros centros de referência dentro do município; dificuldade da implantação de mecanismos de acessibilidade ao idoso; déficit de recursos humanos capacitados entre outras.

Portanto, o trabalho busca mapear os serviços de saúde voltado a pessoa idosa no distrito do Itaqui-Bacanga, já que é o distrito onde a Universidade Federal do Maranhão se encontra localizada, a fim de identificar os serviços de saúde direcionado aos idosos, como também, avaliar o funcionamento dos mesmos.

Por fim, a pesquisa justifica-se e futuramente seus resultados poderão possibilitar a análise de como a Rede de Atenção está sendo realizada, como também, a eficácia da mesma. Além de levar o conhecimento à comunidade e serviços de saúde, através do mapeamento, sobre a localização de serviços dentro do próprio distrito, facilitando a tramitação dos usuários dentro da rede.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- ¿ Mapear geograficamente os serviços da rede de ateno direcionados  pessoa idosa no distrito do Itaqui-Bacanga.

3.2 Específicos

- ¿ Identificar os serviços públicos e sociais da Rede de Ateno direcionados  pessoa idosa no Distrito Sanitário do Itaqui-Bacanga;
- ¿ Realizar o mapeamento geográfico dos serviços de saúde no Distrito Sanitário do Itaqui-Bacanga;
- ¿ Avaliar os Serviços de Saúde da Rede localizadas no Distrito Itaqui-Bacanga, utilizando itens do Programa Nacional de Avaliao dos Serviços de Saúde (PNASS/MS).

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Envelhecimento populacional

Zinn e Gutierrez (2008) cita o envelhecimento, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não-patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte. E esse processo vem aumentando em escala mundial devido a diversos fatores.

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223%, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirão um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2005).

A composição etária de um país é o número proporcional de crianças, jovens, adultos e idosos é um elemento importante a ser considerado. O envelhecimento de uma população relaciona-se a uma redução no número de crianças e jovens e a um aumento na proporção de pessoas com 60 anos ou mais. É medida que as populações envelhecem, a pirâmide populacional triangular de 2002 será substituída por uma estrutura mais cilíndrica em 2025 (VERAS, 2007).

Uma redução nas taxas de fertilidade e um aumento da longevidade irão assegurar o contínuo engrandecimento da população mundial, apesar da diminuição da expectativa de vida em alguns países da África (devido à AIDS) e em alguns Estados recém-independentes (devido ao aumento do número de mortes causadas por doenças cardiovasculares e pela violência) (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Observam-se quedas abruptas nas taxas de fertilidade em todo o mundo e estima-se que, até 2025, 120 países terão alcançado taxas de fertilidade total abaixo do nível de reposição (média de fertilidade de 2,1 crianças por mulher). Isso representa um aumento substancial se comparado a dados de 1975, quando apenas

22 países possuem uma taxa de fertilidade total menor ou igual ao nível de reposição, atualmente o número de 70 países (BRASIL, 2005).

Atualmente, o envelhecimento da população esteve muito associado às regiões mais desenvolvidas do mundo. Por exemplo, nove entre dez países com população maior do que 10 milhões e maior proporção de habitantes idosos estão na Europa. Espera-se pouca mudança nesta ordem até 2025, quando os indivíduos com 60 anos ou mais irão formar aproximadamente um terço da população de países como Japão, Alemanha e Itália, seguidos de perto por outros países europeus (VERAS, 2007).

Em todos os países, especialmente nos desenvolvidos, a população mais velha está envelhecendo também. Atualmente, o número de pessoas com mais de 80 anos chega a 69 milhões, e a maioria vive em regiões mais desenvolvidas. Apesar dos indivíduos com mais de 80 anos representarem aproximadamente um por cento da população mundial e três por cento da população em regiões desenvolvidas, esta faixa etária é o segmento da população que cresce mais rapidamente (BRASIL, 2005).

No Brasil, medida que a proporção de crianças e jovens diminui e a proporção de pessoas com 60 anos de idade ou mais aumenta, a pirâmide triangular da população de 2002 será substituída por uma estrutura mais cilíndrica em 2025. As projeções mais conservadoras indicam que em 2020 já seremos o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Por fim, o Brasil é um jovem país de cabelos brancos. Todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. De 1960 a 1975, o número de idosos passou de 3 milhões para 7 milhões e, em 2006, para 17 milhões – um aumento de 600% em menos de 50 anos e essa estatística só vem aumentando ao longo dos anos (VERAS, 2007).

4.2 Redes de Atenção à Saúde

O conceito de rede tem sido formulado em diversas áreas como a sociologia, a psicologia social, a administração e a tecnologia de informação.

Mendes (2011) destaca que as redes são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia. Diferentes conceitos coincidem em elementos comuns das redes: relações relativamente estáveis, autonomia, inexistência de hierarquia, compartilhamento de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante e duradouro de recursos.

Tapscott (2011, p.20) entende que as redes são uma característica fundamental das sociedades pós-industriais:

Na era industrial, tudo é feito para a massa. Criamos a produção de massa, a comunicação de massa, a educação de massa, a democracia de massa. A característica central da sociedade industrial é que as coisas começam com um (aquele que tem o conhecimento) e chegam a muitos (aqueles que não têm o conhecimento) o fluxo é sempre no sentido de um para muitos. No sistema de saúde eu sou o médico, porque tenho o conhecimento, e os outros são os pacientes, não apenas porque estão doentes, mas porque não têm o conhecimento. De novo, é de um para muitos, na sociedade pós-industrial, o conhecimento será transmitido não apenas de um para muitos, mas de um para um ou de muitos para muitos. Será a era da inteligência em rede, num sistema de colaboração de massa.

A Organização Mundial da Saúde considera que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) contêm seis modalidades de integração: um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão; e o trabalho intersetorial. A partir dessas modalidades produz uma conceitualização de serviços integrados de saúde como a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A Organização Pan-Americana da Saúde (2010) sugere que as redes integradas de serviços de saúde requerem alguns atributos para seu funcionamento: a população/território definida; a oferta extensa de serviços de saúde que incluam intervenções de saúde pública, de promoção da saúde, de prevenção das doenças, de diagnóstico e tratamento oportunos, de reabilitação e de cuidados paliativos; a

Atenção Primária à Saúde (APS) que atua como porta de entrada do sistema de saúde, que integra e coordena a atenção à saúde e que resolve a maioria das necessidades de saúde da população; a prestação de serviços especializados nos lugares apropriados; a existência de mecanismos de coordenação da atenção ao longo de todo o contínuo de cuidados; a atenção centrada nas pessoas, nas famílias e na comunidade; o sistema de governança participativo e único para toda a rede de atenção à saúde; a gestão integrada dos sistemas administrativos e da clínica; os recursos humanos suficientes e competentes; o sistema de informação integrado e que vincula todos os componentes das redes; o financiamento adequado e os incentivos financeiros alinhados com os objetivos das redes integradas de serviços de saúde; e a ação inter setorial ampla.

Com base nesses atributos conceitua as redes integradas de serviços de saúde como "uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve" (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2010).

Dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) o conceito mais utilizado para RAS (Redes de Atenção à Saúde) são os 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 (BRASIL, 2010).

Mendes (2011) fala que as propostas de RAS são recentes, tendo origem nas experiências de sistemas integrados de saúde, surgidas na primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos. Dali, avançaram pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e para o Canadá até atingir, posteriormente, alguns países em desenvolvimento. Mas, na realidade, a proposta de RAS foi quase centenária, já que foi feita, pela primeira vez, no Relatório Dawson, publicado em 1920.

No Brasil, o tema tem sido tratado, recentemente, mas com uma evolução crescente. Mendes (2011), sem falar explicitamente das RAS, mencionou movimentos imprescindíveis à sua concretização sob a forma de uma reengenharia do sistema de atenção à saúde. A Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (2000) relatou uma experiência pioneira de constituição de sistemas microrregionais de saúde que tinha como objetivo integrar o sistema público e superar as fragilidades da fragmentação

determinada pelo processo de municipalização. Tratou de uma proposta sistêmica de construção de RAS no SUS. Fez uma análise crítica da fragmentação do sistema público brasileiro e propôs como alternativa a construção processual de sistemas integrados de saúde que articulassem os territórios sanitários, os componentes da integração e a gestão da clínica.

A integralidade da atenção é um eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde, estruturados como redes assistenciais inter organizacionais que articulam as dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização, reconhecendo que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e as competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população, em seus diversos ciclos de vida. (MENDES, 2011).

LaForgia (2006) discutiu a temática das RAS e fez uma crítica à fragmentação do SUS e ao desalinhamento do sistema. Para superar esses problemas, propôs RAS que coordenem o sistema, reduzam as redundâncias, alinhem os objetivos com os incentivos financeiros, promovam a integração clínica e coordenem os mecanismos de governança.

Nos últimos anos, as experiências de RAS têm acontecido em diversos estados brasileiros, em geral sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde e sob a forma de redes temáticas: Bahia, Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Sul, São Paulo, Santa Catarina e outros. Vários municípios, com a coordenação das Secretarias Municipais de Saúde, têm implantado RAS: Aracaju, Belo Horizonte, Curitiba, Diadema, Florianópolis, Guarulhos, Joinville, Rio de Janeiro, São Paulo, municípios da Região de Campinas e muitos outros (BRASIL, 2010).

A conjunção desses movimentos e de outras iniciativas propiciou que se consensasse, na Comissão Inter gestores Tripartite, um posicionamento do Ministério da Saúde, do CONASS (Conselho dos Secretários de Saúde) e do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), sobre RAS que está materializado na Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2010).

Esse movimento universal em busca da construção de RAS está sustentado por evidências de que essas redes constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde. Há evidências, provindas de vários países, de que as RAS melhoram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

As RAS, como outras formas de produção econômica, podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de menor densidade tecnológica como os de APS devem ser dispersos; ao contrário, os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem etc., tendem a ser concentrados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

O modo de organizar as RAS define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, espacialmente, de forma ótima. A organização das RAS, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (MENDES, 2011).

A economia de escala, qualidade e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das RAS. Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que se beneficiam menos de economias de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso (MENDES, 2011).

Outro fator importante para o desenvolvimento das RAS é o grau de escassez dos recursos. Recursos muito escassos, sejam humanos, sejam físicos, devem ser concentrados; ao contrário, recursos menos escassos devem ser

desconcentrados. Também ser observados os conceitos de integração horizontal e vertical. São os conceitos que vêm da teoria econômica e que estão associados a concepções referentes às cadeias produtivas (LaFORGIA, 2006).

A integração horizontal se dá entre unidades produtivas iguais, com o objetivo de adensar a cadeia produtiva e, dessa forma, obter ganhos de escala e, conseqüentemente, maior eficiência e competitividade. É o caso das fusões de bancos ou de provedores de Internet. A integração vertical, ao contrário, se dá entre unidades produtivas diferentes para configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor. É o caso de uma empresa que começa com a mineração de ferro, depois agrega a produção de gusa, depois a produção de aço etc. No desenvolvimento das redes de atenção à saúde os dois conceitos se aplicam (LaFORGIA, 2006)

A integração horizontal que objetiva promover o adensamento da cadeia produtiva da saúde, se faz por dois modos principais: a fusão ou a aliança estratégica. A fusão se dá quando duas unidades produtivas, por exemplo, dois hospitais, se fundem numa só, aumentando a escala pelo somatório dos leitos de cada qual e diminuindo custos, ao reduzir a um só alguns serviços administrativos anteriormente duplicados, como a unidade de gestão, a cozinha, a lavanderia etc (TAPSCOTT, 2011).

A aliança estratégica se faz quando, mantendo-se as duas unidades produtivas, os serviços são coordenados de modo a que cada uma se especialize numa carteira de serviços, eliminando-se a competição entre eles. Por exemplo, quando dois hospitais entram em acordo para que as suas carteiras de serviços não sejam concorrentes, mas complementares, de forma a que o que um faz o outro não faça. Em geral, há também na aliança estratégica, ganhos de escala e maior produtividade (MENDES, 2011).

A integração vertical, nas redes de atenção à saúde, se faz através de uma completa integração, como nas redes de propriedade única (por exemplo, a rede da Kaiser Permanente nos Estados Unidos) ou em redes de diversos proprietários (o mais comum no SUS, onde podem se articular serviços federais, estaduais, municipais e privados, lucrativos e não lucrativos), por meio de uma gestão única, baseada numa comunicação fluida entre as diferentes unidades produtivas dessa rede. Isso significa colocar sob a mesma gestão todos os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos de uma rede, desde a APS à atenção

terciária em saúde, e comunicá-los através de sistemas logísticos potentes. Na integração vertical da saúde, manifesta-se uma singular forma de geração de valor na rede de atenção, o valor em saúde, o que se aproxima do conceito econômico de valor agregado das cadeias produtivas (MENDES, 2011).

Mendes (2011) mostra que os processos de substituição são importantes para que se possa alcançar o objetivo das RAS de prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e no tempo certo. A proposta de substituição surgiu, na Holanda, com o Relatório Dekker, como um instrumento básico da reforma sanitária que se propôs naquele país.

A substituição é definida como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis. Em outros termos, numa RAS, unidades de saúde, equipes e processos podem ser reorganizados para se produzirem melhores resultados sanitários e econômicos. A substituição pode ocorrer, nas RAS, nas dimensões da localização, das competências clínicas, da tecnologia e da clínica (SALTMAN; FIGUERAS, 1997).

A substituição locacional muda o lugar em que a atenção é prestada, por exemplo, do hospital para o domicílio; a substituição tecnológica muda a tecnologia ofertada, como, por exemplo, a utilização de medicamentos efetivos em casos de úlceras de estômago ao invés de cirurgia; a substituição de competências clínicas muda o mix de habilidades, como na delegação de funções de médicos para enfermeiros; a substituição clínica faz a transição do cuidado profissional para o autocuidado apoiado. Essas formas de substituição podem ocorrer isoladamente ou em conjunto (HAM et al., 2007a).

De acordo com Mendes (2011), as RAS podem estar, ou não, articuladas com territórios sanitários. As redes das organizações privadas, ainda que se dirijam a uma população definida, em geral, prescindem de territórios sanitários. Também, os sistemas públicos de saúde baseados no princípio da competição gerenciada, como se organizam por uma forma singular de competição, não necessitam de uma base populacional/territorial. Ao contrário, os sistemas públicos de atenção em saúde que se estruturam pelo princípio da cooperação gerenciada, como é o caso do SUS, convocam necessariamente uma base populacional/territorial. Ou seja, nesses

sistemas públicos de cooperação gerenciada h@ que se institu@rem os territ@rios sanit@rios.

Outro conceito fundamental na constru@o das redes de aten@o sa@de @o de n@vel de aten@o sa@de. Os n@veis de aten@o sa@de estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnol@gicas singulares, variando do n@vel de menor densidade, a Aten@o Prim@ria Sa@de (APS), ao de densidade tecnol@gica intermedi@ria, a aten@o secund@ria sa@de, at@o de maior densidade tecnol@gica, a aten@o terci@ria sa@de. Os n@veis de aten@o sa@de s@o fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governan@a das RAS. Na pr@tica social, ao se constru@rem as RAS, h@ que se combinarem os territ@rios sanit@rios com os n@veis de aten@o sa@de (MENDES, 2011).

Os principais objetivos de uma RAS s@o melhorar a qualidade da aten@o, a qualidade de vida das pessoas usu@rias, os resultados sanit@rios do sistema de aten@o sa@de, a efici@ncia na utiliza@o dos recursos e a equidade em sa@de (ROSEN; HAM, 2008).

Nas RAS, a concep@o de hierarquia @ substituida pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de aten@o sa@de. Assim, nas redes de aten@o sa@de n@o h@ uma hierarquia entre os diferentes pontos de aten@o sa@de, mas a conforma@o de uma rede horizontal de pontos de aten@o sa@de de distintas densidades tecnol@gicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de import@ncia entre eles (OLIVEIRA et al., 2004).

Todos os pontos de aten@o sa@de s@o igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de aten@o sa@de; apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnol@gicas que os caracterizam. Vistas de outra forma, as organiza@es hier@rquicas ou piramidais corresponderiam a redes em @rvore que se caracterizam pela limita@o das conex@es entre seus diversos ramos e onde predominam os fluxos hier@rquicos, de um centro menor para seu superior e, n@o havendo caminhos alternativos, podem ocorrer pontos de estrangulamento, impedindo o acesso da popula@o aos n@veis superiores da hierarquia. Ao contr@rio, as redes poli@rquicas ou redes em malha, em que cada n@se liga a v@rios outros, permitem percorrer caminhos variados entre esses n@es de forma que os diversos ramos est@o interconectados (OLIVEIRA et al., 2004).

A concepção mais frequente dentro da normativa do SUS ainda é a de um sistema hierárquico, piramidal, formatado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Essa concepção é totalmente equivocada tomando-se a significação dicionarizada, e não da teoria da complexidade, de algo complicado e difícil, antônimo de simples (INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS, 2001).

Não é verdade que a APS seja menos complexa que os cuidados ditos de média e alta complexidades. É a APS que deve atender mais de 85% dos problemas de saúde; é a que situa a clínica mais ampliada e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde: cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física etc. Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população, a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, a uma banalização da APS (MENDES, 2011).

Essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por uma outra, a das redes polifuncionais de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais (TAPSCOTT, 2011)

Contudo, as RAS apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na APS. Mendes (2011) mostra que 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 paliativo).

A RAS assume as responsabilidades econômicas e sanitárias com a sua população adscrita que é, a ela vinculada, na APS. Somente a atuação de uma RAS vai gerar valor para a população. O valor da atenção à saúde expressa-se na relação

entre a qualidade dos resultados econômicos, clínicos e humanísticos e os recursos utilizados no cuidado da saúde (MENDES, 2011).

Dentro de tudo que já foi citado, a RAS é uma peça fundamental na assistência à saúde do idoso, pois ela vai permitir a atenção integral a população idosa em todas as suas necessidades de saúde. Portanto, a Rede de atenção à saúde do idoso é uma rede integrada que visa adequar a atenção à população idosa de forma a atendê-la plenamente, incluindo suas necessidades sociais. A base para operacionalizar os sistemas de informações em saúde é o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que permite ao gestor conhecer a rede assistencial existente e sua potencialidade e disponibiliza informações das condições de infraestrutura e funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas (UFMA-UNASUS, 2014).

4.3 Territorialização e Distritos Sanitários

O Ministério da Saúde (2009) ratifica a noção de território como um espaço vivo, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica, contextualizada em razão de identidades comuns, sejam elas culturais, sociais ou outras. Portanto, a territorialização está no entanto, muito além de um conceito geográfico de delimitação de um serviço/sistema de saúde, o território onde se verifica a interação da população e serviço no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaços determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviço de saúde (GOLDSTEIN et al., 2013).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Distrito Sanitário (DS) é a "circunscrito" da população alvo em um determinado território. Um conceito mais amplo ou dinâmico de distrito sanitário refere-se a um processo social de mudança das práticas sanitárias, de natureza tática, direcionado no sentido da eficiência e eficácia sociais, sob gestão de uma autoridade local e reorientados de acordo com certos princípios organizativo-assistenciais, e os conjuntos sociais com seus problemas delimitados por um território-processo (MARTINS, 2012).

O DS destaca-se pela sua importância estratégica e apresenta-se como "coluna vertebral da atenção à saúde", sendo um modelo de regionalização de

práticas de saúde. A distritalização representa um processo político organizacional de reorientação do sistema de saúde, em nível local, capaz de facilitar a implantação e o desenvolvimento de modelos assistenciais alternativos como base para a construção do SUS (MARTINS, 2012).

A proposta de estruturação dos DS como uma estratégia para a implementação do SUS, surge juntamente com a regionalização e a municipalização, funcionando como uma unidade operacional básica mínima do Sistema Nacional de Saúde. Essa proposta, em certo sentido, recuperava as propostas teórico-metodológicas dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), entendidos como um processo social e político de transformação de práticas e uma estratégia, apoiada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) /OPAS, para melhoria das condições de saúde das populações dos países em desenvolvimento, especificamente na América Latina, as quais perderam, progressivamente, sua força e visibilidade (GONDIM, et al, 2008).

O processo de distritalização da saúde teve impulso no Brasil no início dos anos 80 paralelamente ao enfoque estratégico situacional no planejamento, desenvolvido através do método Centro de Desenvolvimento (CENDES)/OPAS e apropriado pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) na perspectiva de romper com a lógica autoritária e vertical na organização dos serviços. Foi dessa época o surgimento de diversas experiências exitosas no país, onde vários municípios brasileiros como, Pau de Lima-BA, Natal-RN, Cachoeira de Macacu-RJ, e outros, desencadearam a estruturação de distritos sanitários, tendo como diretriz a definição de território, de áreas de abrangência de unidades de saúde e a adscrição de população aos serviços de saúde (MARTINS, 2012).

O distrito sanitário como a unidade organizacional mínima do sistema de saúde deveria ter uma base territorial definida geograficamente, com uma rede de serviços de saúde com perfil tecnológico adequado às características epidemiológicas da população distribuída em seu interior. Nessa proposta, o distrito poderia coincidir com o território do município, ser parte dele ou, ainda, constituir-se como um consórcio de municípios. Com isso, constituir-se-ia uma rede articulada e hierarquizada de serviços com atenção progressiva à saúde da população (GONDIM et al, 2008).

O município de São Luís - MA é dividido em sete distritos sanitários (Bequimão, Centro, Cohab, Coroadinho, Itaqui-Bacanga Tirirical e Vila Esperança) onde se encontram mais de 70 unidades de saúde de responsabilidade da Prefeitura

Municipal, Governo do Estado e Governo Federal, sendo organizadas geograficamente, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) do município, de acordo com o representado pela Figura 1.



Figura 1 Distritos Sanitários da cidade de São Luís - MA, 2017.
Fonte: SEMUS (2017)

Dentro dos sete distritos focamos no mapeamento dos serviços direcionados a pessoa idosa, atividades desenvolvidas pela Sociedade Civil Organizada e nos serviços de saúde que se encontram dentro do distrito do Itaqui-Bacanga.

Esse distrito se encontra na parte oeste da cidade, entre o Rio Bacanga (leste) e a Baia de São Marcos (oeste). Ao Sul, limita-se com povoados e distritos da Zona Rural de São Luís. Apresentando uma área total de 130 Km, cerca de 123.203 habitantes e um total de 61 bairros. A rea do distrito Itaqui-Bacanga  subdividida em Zona Urbana, que contm 36 Kmde rea, 78.954 habitantes e 17 bairros. E em Zona Rural, que contm 94 Kmde rea, 44.249 habitantes e 44 bairros. Portanto, o distrito  composto em sua maioria de uma zona rural, mas boa parte da populao vive na zona urbana. Outro fator importante a ser citado,  que dentro desse distrito se localiza a Universidade Federal do Maranhão.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipos de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e abordagem quantitativa. Tal pesquisa deriva do projeto maior intitulado: Mapeamento da Rede de Atenção à Pessoa Idosa do Município de São Luís.

5.2 Áreas do estudo

O estudo foi realizado nas sedes da sociedade civil organizada e nas unidades de Saúde da Rede de Atenção do Distrito Sanitário do Itaqui-Bacanga do município de São Luís (MA). São Luís está localizado na região norte do Estado do Maranhão, entre as bases de São Marcos e São José de Ribamar, na Ilha do Maranhão, também conhecida como Ilha de São Luís, onde também estão localizados os municípios de Paço do Lumiar, Raposa e São José de Ribamar, constituindo a região metropolitana de São Luís.

Possui área territorial de 827 km² e está a 24 metros de altitude, tendo sua posição determinada pelas coordenadas geográficas: 2°31'úS e 44°18'úO. De acordo com critérios administrativos e de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, o município está dividido em sete distritos sanitários (Centro, Itaqui-Bacanga, Coroadinho, Cohab, Bequimão Tirirical e Vila Esperança) e 355 localidades incluindo bairros, vilas, povoados, fazendas, sítios, usinas e porto (IBGE, 2016).

5.3 População

Esse estudo abrangeu todos os serviços públicos municipais que oferecem serviços à pessoa idosa, bem como as instituições da Sociedade Civil Organizada cadastradas no Fórum das Entidades Maranhenses de Defesa e Direito do Idoso (FEMADI) e todas as Unidades de Saúde da Rede de Atenção à Saúde do Distrito Sanitário do Itaqui-Bacanga do município de São Luís (MA).

5.4 Critérios de Inclusão da Pesquisa Principal

-   Organiza es públicas do município de São Luís que oferecem serviços direcionados   pessoa idosa;
-   Institui es da Sociedade Civil Organizada cadastradas no Fórum das Entidades Maranhenses de Defesa e Direito do Idoso (FEMADI);
-   Unidades de Saúde de São Luís da gestão Municipal e Estadual que oferecem serviços de saúde direcionados ou não   pessoa idosa;
-   Gestores das Unidades que aceitaram participar da pesquisa e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APNNDICE A).

5.5 Critérios de Exclusão da Pesquisa Principal

-   Organiza es públicas que não responderam e/ou entregaram o questionário devidamente preenchido;
-   Institui es da Sociedade Civil Organizada em sua prática não têm atua o junto a pessoa idosa e que se ausentaram nas reuniões e encontros programados pela equipe executora do estudo;
-   Institui es de Sociedade Civil Organizada que se recusaram a participar do estudo e que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APNNDICE A).

5.6 Coletas dos dados e Instrumentos da Pesquisa Principal

Fizeram parte da coleta de dados os discentes do curso de enfermagem, uma equipe de profissionais que prestam serviço nas diversas áreas de assistência   pessoa idosa do município de São Luís através dos seus órgãos de atua o como: Comitê de Valoriza o da Pessoa Idosa (CVPI), Conselho Municipal da Pessoa Idosa (CMDI), Fórum das Entidades Maranhenses de Defesa e Direito do Idoso (FEMADI) e Conselho Estadual do Idoso do Maranhão (CEDIMA). Os dados foram coletados durante o período de 04 de novembro a 31 de dezembro de 2016.

5.6.1 1ª Etapa da Pesquisa Principal

Esta etapa constituiu a identificação dos serviços oferecidos pelos Agentes Públicos do município de São Luís, através de um questionário específico (APNNDICE B) formulado para essa finalidade.

A aplicação do questionário deu-se pelo Comitê de Valorização da Pessoa Idosa (CVPI) aos demais distritos sanitários. O CVPI funciona como o agente articulador da administração pública do município, tendo, portanto, livre acesso aos diversos Agentes e secretarias do município de São Luís (MA). Por intermédio de reuniões institucionais e oficializadas, a todos os Agentes públicos e secretarias, foi apresentada a proposta de mapeamento dos serviços, bem como a solicitação da identificação destes por distrito sanitário. Os serviços tiveram um prazo de 15 dias para devolver o questionário a partir da data da reunião. O questionário aborda sobre: Nome da unidade, endereço, nome do diretor/coordenador do serviço, identificação dos equipamentos, serviços, equipe de profissionais, projetos existentes voltados para assistência à pessoa idosa e os requisitos para atendimento.

5.6.2 2ª Etapa da Pesquisa Principal

Essa etapa constituiu a identificação dos serviços oferecidos pela Sociedade Civil Organizada. A identificação das Instituições da Sociedade Civil Organizada deu-se pelo cadastro do FEMADI, por distrito sanitário, após a identificação, membros do FEMADI fizeram um contato prévio por telefone ou email, explicando o objetivo do estudo, suas propostas e metodologia. As Instituições que aceitaram participar do estudo foram convidadas para uma reunião geral com os membros do grupo de pesquisa, com data e hora marcada, no Centro Comunitário ou Unidade de Saúde de Referência do Distrito Sanitário a que pertencem, durante a reunião foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APNNDICE A) e aplicou-se o questionário específico semiestruturado (APNNDICE C). Foi aplicado também um questionário que avaliou os serviços de saúde, o PNASS (Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde). Esse questionário busca avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e

incentivos do Ministério da Saúde, quanto as seguintes dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido. O PNASS possui um conjunto de três instrumentos avaliativos distintos: Roteiro de itens de verificação, Questionário dirigido aos usuários e o Conjunto de indicadores.

Nessa pesquisa, utilizamos apenas o primeiro instrumento avaliativo, o Roteiro de itens de verificação. Ele avalia basicamente os vários elementos da gestão e é composto por cinco blocos que, por sua vez, se subdividem em critérios e tópicos: Bloco I - Gestão Organizacional (5 critérios), Bloco II - Apoio Técnico e Logístico para a produção de cuidado (7 critérios), Bloco III - Gestão da Atenção em Saúde e do Cuidado (4 critérios), Bloco IV - Serviços/Unidades específicas (9 critérios) e Bloco V - Assistência Oncológica (5 critérios). Esses critérios (total de 30) correspondem a um conjunto de variáveis qualitativas, sendo elas mutuamente exclusivas ou independentes entre si. Em uma última subdivisão, para cada critério foram elaborados seis Itens de Verificação que correspondem a perguntas cujas respostas são sempre binárias (SIM ou NÃO). No final, agregados em 30 Critérios e estes, em 5 Blocos, o primeiro instrumento Roteiro de Itens de Verificação possui 180 Itens de Verificação ou perguntas a serem feitas ao gestor do estabelecimento.

Esse instrumento avaliativo foi adaptado e utilizou-se apenas alguns critérios referentes aos Blocos I, II e III. No Bloco I, os critérios foram: 2 - Planejamento e Organização, 3 - Gestão da Informação, 4 - Gestão de Pessoas e 5 - Modelo Organizacional; no Bloco II: 6 - Gerenciamento de risco e segurança do paciente, 7 - Gestão de Infraestrutura e ambiente e 8 - Gestão de equipamentos e materiais, por fim; no Bloco III: 13 - Integração das Redes de Atenção e 15 - Gestão do cuidado.

Para avaliação dos blocos, o PNASS define padrões que sinalizam risco ou qualidade, sendo classificados como: Imprescindíveis (I), Necessários (N) e Recomendáveis (R). Os Imprescindíveis são aqueles estabelecidos nas normas e causam riscos imediatos à saúde; é o tipo de constatação que demanda intervenção urgente. Os Necessários também estão nas normas e causam riscos mediatos à saúde. Os Recomendáveis não estão definidos em normas, mas representam um diferencial quanto à qualidade na prestação do serviço. Não existe a opção não se aplica para avaliação dos blocos, no entanto, é possível que, dependendo das

características das unidades e seus objetivos de atendimento, alguns dos critérios não se aplicam sem prejuízo para unidade avaliada.

No instrumento do PNAS, cada critério do roteiro de padrões de conformidade tem uma pontuação máxima de 12 pontos e porcentagem atribuída de 100%. Assim, os itens Imprescindíveis (I) tem peso 3, os Necessários (N) tem peso 2 e os Recomendáveis (R) tem peso 1. Vale ressaltar que a pontuação máxima será sempre 100%, visto que foi considerada a quantidade de pontos obtidos diante dos pontos possíveis em função dos critérios aplicáveis ao estabelecimento analisado.

5.7 Análise dos Dados

Os dados quantitativos coletados foram armazenados em um banco de dados específico criado no programa Microsoft EXCEL. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão (média \pm DP) e as qualitativas por meio de frequências e porcentagens.

5.8 Aspectos Éticos

O estudo atende aos critérios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e possui Parecer Consubstanciado do CEP/UFMA de aprovação N^o 1.804.490. Este estudo não apresenta qualquer tipo de conflito de interesse.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O resultado da análise do mapeamento da rede de atenção à pessoa idosa, que inclui os públicos, entidades da sociedade civil organizada e unidades de saúde, não reflete necessariamente a realidade de toda a rede de atenção à pessoa idosa no município de São Luís. Ressalta-se que dos 27 públicos do município, somente 02 (dois) relataram oferecer serviços direcionados à pessoa idosa, das 66 entidades da sociedade civil organizada cadastradas no FEMADI que atuam em São Luís, 08 (oito) atuam no Distrito Itaqui-Bacanga, não havendo perdas. Das 11 (onze) unidades de saúde, 01 (uma) do Estado e 03 (três) do município não participaram da pesquisa utilizando o questionário do PNAS.

O Hospital Aquiles Lisboa, centro de referência para tratamento de hanseníase, atende a uma demanda muito baixa de idosos por isso não foi incluído na pesquisa. O Centro de Saúde (CS) Yves Parga, não participou devido a unidade estar fechada e o CS Vila Nova, estava em reforma. Destaca-se que ambos os diretores dessas unidades não se encontravam no momento em que foi realizado a pesquisa. Por fim, na Unidade Mista (UM) do Itaqui-Bacanga, o diretor estava presente, mas se recusou a responder o questionário. Portanto essas unidades apareceram no mapeamento já que existem de fato, mas não apareceram na avaliação dos serviços de saúde.

6.1 Mapeamento dos serviços direcionados à pessoa idosa e atividades desenvolvidas pela Sociedade Civil Organizada.

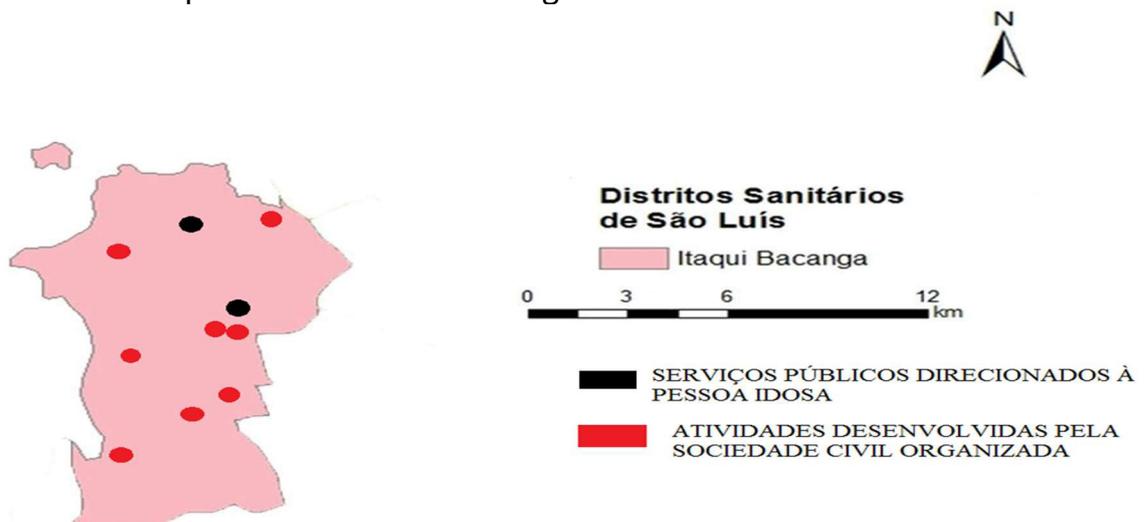


Figura 2: Mapa dos serviços públicos e sociedade civil organizada no distrito Itaqui-Bacanga, São Luís - MA, 2017.

Fonte: autoria própria

A Figura 2 retrata a realidade do DS Itaquí-Bacanga, onde os pontos em pretos correspondem aos serviços públicos direcionados à pessoa idosa. Apenas dois prestam serviços diretamente, que são a Secretaria de Turismo (SETUR) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Foi identificado que a SETUR apresenta três projetos voltados para a comunidade, mas apenas um é realmente voltado para os idosos, e esse projeto só ocorre no período da semana santa. Já o CREAS, é uma unidade pública que oferta serviço especializado e continuado a famílias e indivíduos (crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos, mulheres) em situação de ameaça ou violação de direitos, tais como: violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, situação de risco pessoal e social associados ao uso de drogas, etc. Busca construir um espaço para acolhimento dessas pessoas, fortalecendo vínculos familiares e comunitários, priorizando a reconstrução de suas relações familiares. Dentro de seu contexto social, deve permitir a superação da situação apresentada (BRASIL, 2011).

Já os pontos vermelhos, correspondem às entidades da sociedade civil organizada que desenvolvem atividades junto ao idoso. Dentre as principais atividades prestadas por essas entidades, destacam-se a realização de oficinas, palestras, atividades físicas e cursos de formação continuada.

São elas: Centro Educacional Deus Criou, Clube de idosos menino Jesus (Vila Embratel), Associação assistencial do menor carente, Universidade integrada da terceira idade (UNITI), Movimento de mulheres da (Vila Dom Luísa), Associação beneficente de idosos (Vila Nova), Instituto de apoio da mulher e criança e Clube de idosos (Anjo da Guarda).

Segundo dados da Vigilância Epidemiológica de São Luís (2016) o DS do Itaquí-Bacanga possui uma área total de 130 Km² com cerca de 123.203 habitantes e um total de 61 bairros. A área é subdividida em Zona Urbana, que contém 36 Km² de área, 78.954 habitantes e 17 bairros e em Zona Rural, que contém 94 Km² de área, 44.249 habitantes e 44 bairros.

O distrito, portanto, é composto em sua maioria de uma zona rural, mas boa parte da população vive na zona urbana, sob péssimas condições sanitárias e de infraestrutura, o que não justifica a baixa concentração de serviços públicos municipais, contudo, outro fator importante a ser citado, é que dentro desse distrito

se localizam a Universidade Federal do Maranhão e Empresas de grande porte como a Companhia Vale do Rio Doce (VALE) e Empresa Maranhense de Administração Portuária (EMAP).

Ainda, outro ponto a ser observado é que o DS Itaquí-Bacanga possui indicadores sociais desfavoráveis como: pessoas em extrema pobreza, residindo em aglomerados subnormais, domicílios na zona urbana sem estrutura sanitária e falta de água, escolas entre os piores Índices de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEBS) iniciais da cidade, com alto índice de analfabetismo e evasão escolar no ensino médio da rede pública (BONASSA, 2012).

Na comparação geral da área com outras regiões de São Luís, o índice em que o Itaquí-Bacanga aparece em uma situação pior do que as demais áreas da capital é superior a 20%. Em alguns casos, o problema na região equivale a mais que o dobro do que é verificado em outras áreas da cidade (BONASSA, 2012).

Segundo Bonassa (2012), a área tem índices de pobreza que atingem quase o dobro da média de São Luís. Os moradores apontam o fato de estarem entre empresas produtoras de riquezas e a universidade produtora de saber sem ter acesso a nenhuma delas. A expressão típica é "estamos isolados entre os muros da universidade e a cerca da mineradora". Outro fator importante é que a área não consegue eleger representantes na Câmara de Vereadores e as organizações não governamentais atuam de forma isolada, disputando recursos (de pequena monta).

6.2 Mapeamento e Avaliação dos serviços de saúde

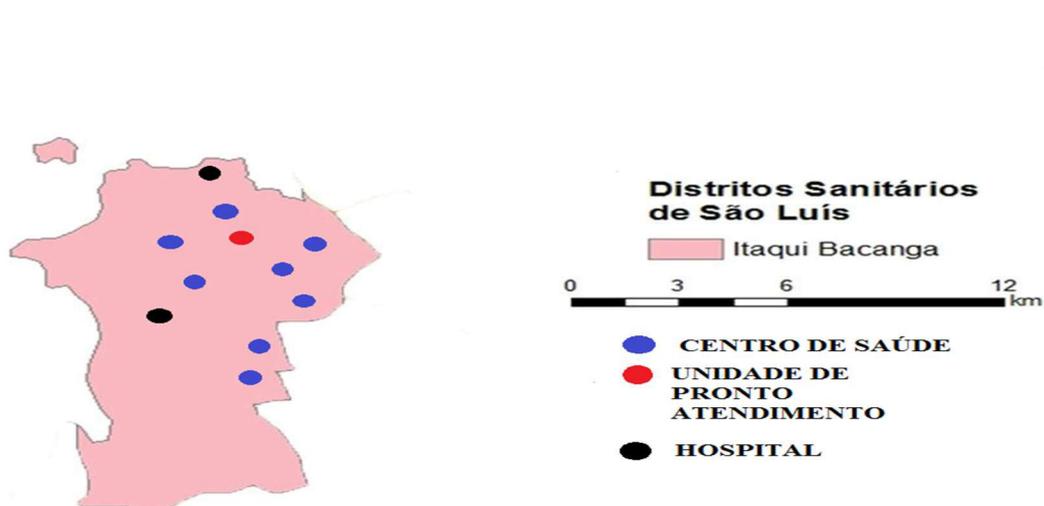


Figura 3 Mapa dos serviços de saúde no distrito Itaquí-Bacanga, São Luís - MA, 2017.

Fonte: autoria própria

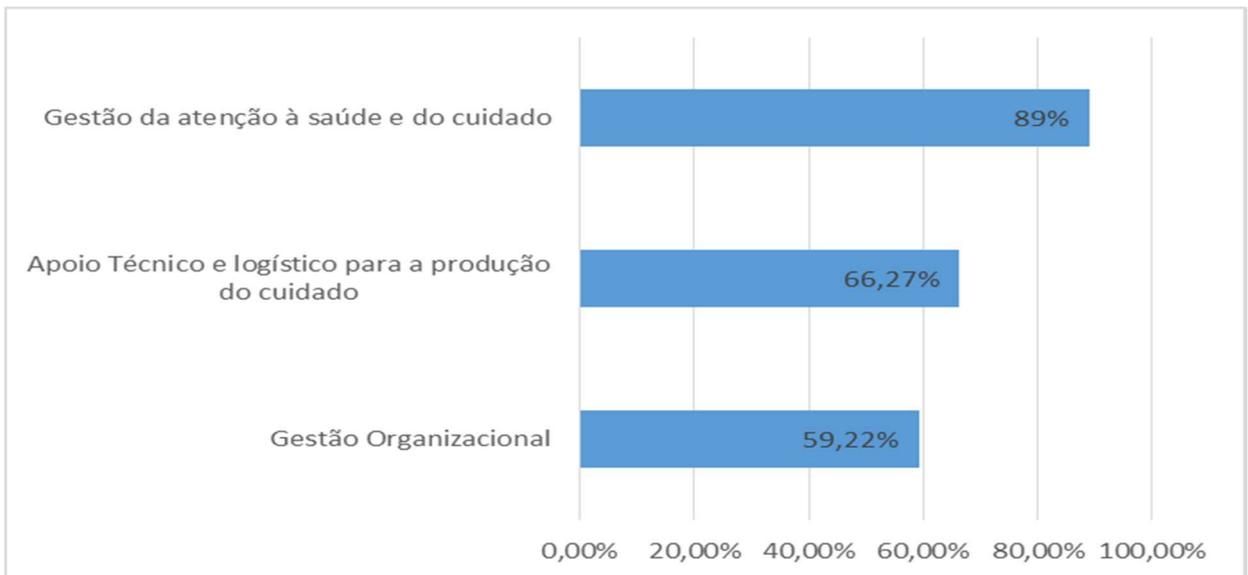
A Figura 3 mostra a distribuição de Unidades de Saúde (US) do distrito sanitário do Itaquí-Bacanga, que é contemplado por 11 unidades de saúde, sendo duas gerenciada pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), no caso, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Itaquí-Bacanga e Hospital Aquiles Lisboa. As outras 09 unidades são gerenciadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), tais unidades são: o CS Clodomiro Pinheiro Costa, CS Vila Bacanga, CS São Raimundo, CS Vila Embratel, CS Valdecy Eleutéria Martins, Hospital da Mulher, UM do Itaquí-Bacanga, CS Yves Parga e CS Vila Nova.

Segundo dados da SEMUS (2016) o distrito apresenta somente 17 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) cadastradas, para assistir uma população de aproximadamente 123.203 habitantes e o Hospital da Mulher, considerado referência para atendimento de alta e média complexidade assiste mensalmente em média 3.600 pacientes, divididos em atendimentos ambulatoriais, cirurgias e internações. Esse quantitativo é insuficiente se tomarmos como base o cálculo de quantidade de equipes por habitantes proposto pelo Ministério da Saúde, ou seja, o distrito apresenta um déficit de 14 equipes da ESF. Dessa forma observa-se uma má distribuição de serviços de saúde, bem como, baixa cobertura de ações como pré-natal e preventivo de câncer de colo uterino, baixa capacidade de atendimento e deterioração de equipamentos existentes.

Ainda, 10% dos usuários relataram a existência de algum com doença crônica e 40% desses não estão recebendo tratamento médico, sendo a principal razão para este fato a incapacidade de atendimento do sistema de saúde (demora no atendimento, ausência de médicos, não conseguiu tratamento, não consegue vaga, atendente disse que não é caso grave (BONASSA, 2012).

Apresenta-se, a seguir, a pontuação geral do distrito Itaquí-Bacanga referente ao Bloco I, II e III; que correspondem respectivamente a Gestão Organizacional, Apoio técnico e logístico para a produção do cuidado e Gestão da atenção em saúde e do cuidado.

Gráfico 1: Avaliação Geral dos Serviços de Saúde do Distrito Itaqui-Bacanga segundo PNASS - São Luís - MA, 2017.



Fonte: autoria própria

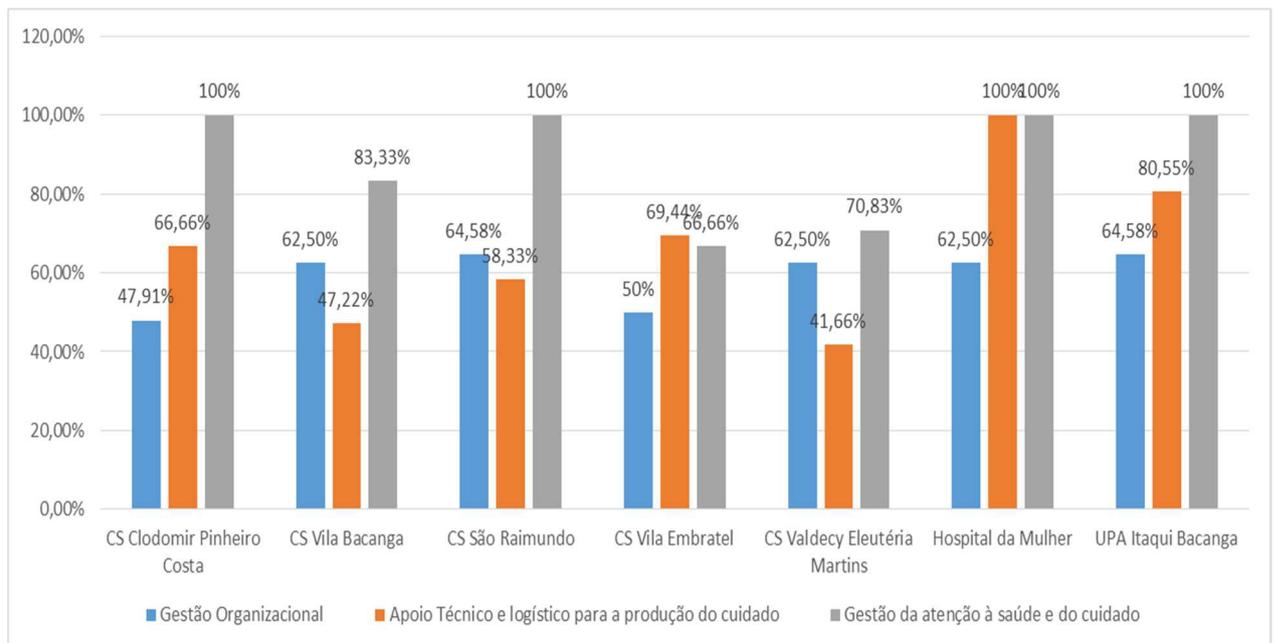
O Gráfico 1 nos mostra que o bloco III (Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado) apresentou melhor percentual na avaliação (89%), precedido do bloco II (Apoio Técnico e Logístico para a Produção do Cuidado) com 66,27% e bloco I (Gestão Organizacional) com 59,22%.

Tal resultado requer uma importante atenção na análise, pois sabe-se que Unidades de Referência como o Hospital da Mulher (referência ambulatorial em saúde da mulher e alta complexidade em neurocirurgia) e UPA do Itaqui-Bacanga (referência em urgência/emergência) possuem melhores mecanismos de assistência e organização gerencial, podendo atingir as melhores pontuações na avaliação do PNASS, em contrapartida, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Centros de Saúde apresentam dificuldades em vários critérios analisados pelo PNASS, tanto por não haver necessidade de avaliação ou pela unidade não apresentar estrutura e recursos para tal.

Cavalcante (2014), em estudo sobre qualidade da atenção básica do SUS em UBS maranhenses sugere a adequação de uma série de elementos como: componente organizacional da estrutura e recomenda o aumento da oferta de serviços em dias e horários alternativos, recursos humanos, equipamentos, insumos odontológicos, imunobiológicos e testagem são deficientes. A componente infraestrutura/ambiência tem problemas em quase todas as categorias, os recursos

tecnológicos são necessários, inviabilizando a educação a distância, a melhoria da amplitude do escopo de ações ofertadas pelas equipes e na qualidade do atendimento ao usuário. Ressaltam-se ainda as deficiências que comprometem a biossegurança dos procedimentos, o acesso de pessoas com necessidades especiais e a ausência de estruturas que favorecem o desenvolvimento de intervenções coletivas, necessárias à mudança do modelo assistencial na perspectiva da vigilância da saúde.

Gráfico 2: Avaliação dos Serviços de Saúde do Distrito Itaquí-Bacanga segundo PNASS por Unidade de Saúde, São Luís - MA, 2017.



Fonte: autoria própria

A partir do Gráfico 2, observamos que a maioria das unidades obtiveram uma pontuação igual ou maior que 50% em relação ao Bloco I. Dando destaque para o CS São Raimundo e a UPA do Itaquí-Bacanga que conseguiram a maior pontuação em relação às outras unidades, com 64,58%.

Apesar de apenas uma unidade se encontrar abaixo da média, vale lembrar que a pontuação máxima é de 100%, ou seja, o ideal seria que todas as unidades apresentassem valores os mais próximos de 100% e o que se encontrou foi justamente que os serviços não estão próximos de um padrão ideal de gestão.

Isso se torna preocupante, já que, o Bloco I trata-se do planejamento e organização dos serviços.

O Bloco II, segundo a Figura 5, apresentou maior diversidade de resultados se compararmos com o Bloco I. Destacando o Hospital da Mulher com 100% e a UPA do Itaqui-Bacanga com 80,55%. Em relação a esse Bloco, esperava-se realmente que as unidades de maior complexidade, como as duas citadas, obtivessem nota superior em relação as unidades básicas, já que o Bloco II se trata de uma forma geral de infraestrutura, portanto, quanto maior for a complexidade do serviço melhor será sua estrutura e qualidade dos materiais.

Quanto ao último bloco, observou-se as maiores notas e que todas as unidades obtiveram notas acima dos 50%, diferentemente do que foi encontrado nos blocos anteriores. Aqui destacamos novamente o Hospital da Mulher e UPA do Itaqui-Bacanga que apresentaram 100%.

Por fim, reforça-se que as unidades CS S² o Raimundo, CS Vila Embratel, Hospital da Mulher e UPA Itaqui-Bacanga, se destacaram perante as outras unidades por não apresentarem nenhum bloco com pontuação menor que 50%.

Ao analisar os resultados do PNAS 2004-2006 para os hospitais de pequeno porte, Correa (2009) verificou que era mais frequente o cumprimento dos padrões relacionados ao bloco Gestão organizacional (guarda de prontuários e responsável para resolução de situações adversas). Os padrões relacionados aos blocos Apoio técnico e logístico (controle de infecção; manutenção predial corretiva e manutenção corretiva de equipamento) e Gestão da atenção básica (integrado com a RAS e gestão do cuidado) foram os que apresentaram as menores pontuações.

Acredita-se que, em virtude de o estudo de Correa (2009) ter se concentrado nos hospitais de pequeno porte, a realidade por ela encontrada se diferencia dos dados encontrados nessa pesquisa. Diferentemente do estudo de Correa (2009), nesta análise os blocos Gestão da atenção básica e Apoio técnico e logístico apresentaram um percentual superior ao bloco de Gestão organizacional.

Já se compararmos com o estudo de Souza e Scatena (2013), os melhores resultados foram referentes ao bloco Apoio técnico e logístico, com percentual praticamente igual ao do bloco de Gestão organizacional. Isto deve-se ao fato de que esse estudo teve como objeto de pesquisa hospitais de grande porte,

consequentemente obtendo percentuais maiores de formas comparar com os percentuais das unidades básicas de saúde, que foram dentro dos serviços analisados, a maioria.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Distrito Itaqui-Bacanga, como já foi mostrado nesse trabalho, ao ser comparado com outras regiões do município, se encontra em uma situação bem inferior. Tais condições, perpassam a saúde, atingindo outras áreas fundamentais para qualidade de vida, como segurança, moradia adequada, saneamento básico e educação, número de idosos residentes desta região, mas da população de forma geral.

Apesar do estudo ser direcionado ao mapeamento da Rede de Atenção à Saúde do idoso, facilmente detectou-se que a Rede é muito fragmentada e que aspectos sociais, políticos e sanitários influenciam fortemente na falta da assistência à saúde.

A fragmentação da Rede, justifica-se principalmente, pela falta de serviços públicos direcionados ao idoso, já que existem apenas dois e apenas um funciona em todo período do ano. Além dos serviços não serem suficientes para cobertura total do território, a maioria das unidades de saúde estão concentradas na zona urbana, deixando a população da zona rural parcialmente descoberta.

A partir dos problemas identificados através da pesquisa, recomenda-se a implantação de políticas locais focadas nas necessidades e demandas da população assistida pelas unidades de saúde locais, melhoramento de infraestrutura, contratação de recursos humanos e ampliação da área de cobertura, buscando atender a população de forma equitativa, tanto da zona urbana quanto rural.

Ressalta-se ainda a necessidade de um olhar diferenciado, por parte da prefeitura, para essa região, como também, da própria Universidade Federal do Maranhão e das grandes empresas que lá se encontram, buscando através de parcerias, proporcionar uma melhor qualidade de vida para a população.

A realização do mapeamento da Rede constitui instrumento importante na prática gerencial devendo ser estimulada e seus conhecimentos aplicados e discutidos. Tais aspectos poderão contribuir para aumentar o desempenho e o impacto nas ações dos serviços de saúde voltados para a pessoa idosa. Além de auxiliar na identificação dos principais problemas da região, auxiliando em uma intervenção direta dos problemas. Espera-se, portanto, que a informação desta pesquisa possa contribuir de forma significativa para tomada de decisão nos

diferentes níveis de gestão, embora o estudo tenha se limitado apenas ao mapeamento.

REFERÊNCIAS

- BONASSA, E.C. Conhecer para transformar: diagnóstico Itaquí-Bacanga. Instituto de Cidadania, São Luís- MA, 2012. Disponível em: <www.emap.ma.gov.br/public/_files/arquivos/diagnostico_itaqui_bacanga.pdf> Acesso em: 9 de jan. 2017.
- BRASIL. Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Brasília-DF; 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2011/10/centro-de-referencia-especializado-de-assistencia-social-creas>> Acesso em: 5 de jan. 2017.
- BRASIL. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Brasília-DF; 2005. Disponível em: <<http://dms.ufpel.edu.br/ares/handle/123456789/232>> Acesso em: 27 nov. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3 ed. Brasília, 2009. Disponível em: <<https://www.estantevirtual.com.br/b/conasems/o-sus-de-a-a-z-garantindo-saude-nos-municipios/4071793254>> Acesso em: 9 de jan. 2017.
- BRASIL. Portaria nº4.279 de 30 de dezembro de 2010. Brasília-DF, 2010. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf> Acesso em: 25 nov. 2016.
- BRITO, F. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, Texto para Discussão nº 318; 2007. Disponível em: <<http://cedeplar.face.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20318.pdf>> Acesso em: 12 maio 2016.
- CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: continuação de uma tendência. 2011. Disponível em: <http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=58&Itemid=76&idrev=8> Acesso em: 12 maio 2016
- CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. 2002. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2091/1/TD_858.pdf> Acesso em: 12 maio de 2016
- CAMARANO, Ana Amélia, et. al. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.) Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2004.
- CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.

725-733, maio-jun. 2003. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15876.pdf>> Acesso em: 25 nov. 2016.

CAVALCANTE, V. C. R. Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS (PMAQAB): Análise da estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Maranhão. São Luís, 2014. Disponível em: <

http://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/dissertacoes/UFMA_2014_Vania%20Cristina%20Reis%20Cavalcante.pdf> Acesso em: 10 jan. 2017.

CORREA, L. R. C. Os hospitais de pequeno porte no Sistema Único de Saúde brasileiro e a segurança do paciente [Dissertação]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 2009. Disponível em:

<<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/5037/61070100622.pdf?sequence=1>> Acesso em: 5 jan. 2017.

GOLDSTEIN, R.A. et al. A experiência de mapeamento participativo para construção de uma alternativa cartográfica para ESF. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n. 1, p. 45-56, 2013. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100006> Acesso em: 9 jan. 2017.

GONDIM, G.M.M; MONKEN, M; ROJAS, L.I; BARCELLOS, C; PEITER, P; NAVARRO, M; GRACIE R. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. Rio de Janeiro-RJ, 2008. Disponível em:

<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf> Acesso em: 5 jan. 2017.

HAM, C. et al. Getting the basics rights: final reports on the care closer to home, making the shift programme. Warwick, Institute for Innovation and Improvement, 2007a. Disponível em:

<<http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/publications/2007/Getting-the-basics-right.pdf>> Acesso em: 25 de nov. 2016.

INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro, Editora Objetiva Ltda., 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE,. Disponível em: <www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 12 abr. 2016

LaFORGIA, G. Rationale and objectives. São Paulo, World Bank, Brazilian and international experiences in integrated care networks, 2006.

MARTINS, M. J. Distrito Sanitário. Maceió-AL, 2012. Disponível em:

<http://marcasaude.com.br/pdf/saude_para_a_comunidade/distrito_sanitario.pdf> Acesso em: 5 de jan. 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, v. 549, 2011. Disponível em:

<<http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>> Acesso em: 12 abr. 2016.

MINAYO M. C. S; Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cadernos de Saúde Pública, 1993; v.9, n. 3, p. 239-262

NASCIMENTO, A. M. População e família brasileira: ontem e hoje. Caxambu, MG: ABE P, 2006. Disponível em: <http://143.107.236.240/disciplinas/SAP5846/populacao_familia_nascimento_abep06.pdf> Acesso em: 20 maio 2016.

OLIVEIRA, E. X. et al. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. Cadernos de Saúde Pública, 20: 386-402, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v20n2/06.pdf>> Acesso em: 25 de nov. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, HSS/IHS/OPS, Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2010. Disponível em: <http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=307> Acesso em: 26 de nov. 2016.

PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE - PNASS. Brasília, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avalicao_servicos.pdf> Acesso em: 29 abr. 2016.

ROSEN, R. & HAM, C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia: informe del Seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Bannister. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada, 1: 2, 2008. Disponível em: < <http://pub.bsahut.net/risai/vol1/iss2/2/>> Acesso em: 25 de nov. de 2016.

SALTMAN, R.B. ;FIGUERAS, J. European health care reforms: analysis of current strategies. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, 1997. Disponível em: < http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/136670/e55787.pdf?ua=1> Acesso em: 25 de nov. de 2016.

SHORTELL, S. M. et al. Remaking health care in America: building organized delivery systems. San Francisco, Jossey-Bass, 1996.

SOUZA, P.C; SCATENA J. H. G. Avaliação da qualidade da assistência hospitalar do mix público-privado do Sistema Único de Saúde no Estado de Mato Grosso: um estudo multicaso. Curitiba, MT, 2013. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3f44VqgvzVoj:www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php%3Fp_ndoc%3D689%26p_nanexo%3D%2520399+&cd=5&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b> Acesso em: 5 de jan. de 2017.

TAPSCOTT, D. A inteligência está na rede. São Paulo, Revista Veja nº 15, Edição 2.212, p.19-23, 2011. Disponível em: < <http://veja.abril.com.br/blog/augusto-nunes/feira-livre/a-inteligencia-esta-na-rede-entrevista-com-don-tapscott/>> Acesso em: 24 nov. de 2016.

UFMA-UNASUS. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014. Disponível em: < <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/1728/Mod10.Un1.pdf?...1>> Acesso em: 25 de nov. de 2016.

UNITED NATIONS.WORLD POPULATION AGEING. New York: Department of Economic and Social Affairs - Population Division, 2009.

VERAS, R. P. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/20.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated health services: what and why? Geneva, World Health Organization, Technical Brief nº 1, 2008b. Disponível em: < http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf> Acesso em: 28 de nov. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000. Disponível em: < <http://www.who.int/whr/2000/en/>> Acesso em: 28 abr. 2016.

ZINN G. R; GUTIERREZ B. A. O. Processo de envelhecimento e sua relação com a morte: percepção do idoso hospitalizado em unidade de cuidados semi-intensivos. Revista Estudo interdisciplinar Envelhecimento, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 79-93, 2008. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/85.pdf> Acesso em: 26 nov. 2016.

APNDICE A: Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TEMA: MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA DO
MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS

Eu, _____, _____, estou sendo convidado(a) a participar desse estudo, denominado `MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE À PESSOA IDOSA DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS - MA`, que tem o objetivo geral de mapear geograficamente os serviços de saúde direcionados à pessoa idosa no município de São Luís - MA

A participação dos pesquisadores no referido estudo será no sentido de aplicar o questionário específico semiestruturado às Instituições da Sociedade Civil Organizada, analisar os dados e divulgar o relatório final da pesquisa, sem divulgar nomes ou pessoas que participaram como sujeitos da pesquisa

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: Melhorar o conhecimento dos serviços e equipamentos direcionados para a pessoa idosa do município de São Luís, implementar novas medidas possíveis que se fizerem necessárias para melhorar a Rede de Atenção ao Idoso.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, estou ciente que nesse estudo podem ocorrer riscos como constrangimento, desconforto e ansiedade decorrentes de alguma questão obtidas no questionário.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e se desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo – assistencial que venho recebendo.

§ assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

A participação neste estudo é voluntária, caso recuse-a não haverá qualquer tipo de retaliação ou perda de direito ao tratamento na instituição. Também tenho o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas sempre que forem solicitados.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias de igual teor e deverá conter rubricas do participante da pesquisa e do pesquisador em todas as páginas, sendo que uma das vias ficará com o participante, caso o participante esteja impossibilitado de assinar, ou seja, analfabeto, usaremos a impresso digital.

Durante todas as etapas do estudo haverá acesso aos responsáveis em horário comercial.

O pesquisador principal é o Prof. Me. Rafael de Abreu Lima que pode ser encontrado no endereço: Av. dos Portugueses, s/n, Cidade Universitária Dom Delgado, Pavilhão Pedagógico Paulo Freire, sala 108 sul fone: (98) 99131-6153 e e-mail: rafael.abreulima@hotmail.com, ou ainda no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (CEP-UFMA), endereço: Avenida dos Portugueses s/n, Cidade Universitária Dom Delgado, Prédio do CEB Velho, PPPG, Bloco C Sala 07. E-mail para correspondência cepufma@ufma.br e fone: 3272-8708.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos.

Enfim, tendo sido orientado quanto a tudo aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do referido estudo, manifesto meu livre consentimento em

participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

São Luís, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do Gestor ou Profissional capacitado

Assinatura Pesquisador Responsável

APNDICE C: Questionário Específico Semiestruturado Direcionado às Instituições da Sociedade Civil Organizada

PERGUNTAS OBJETIVAS

1-IDENTIFICAÇÃO	CODIGO
Nome da Entidade:	
Data de fundação:	
Endereço:	
Horário de Funcionamento:	
Programas Desenvolvidos:	
Nº de atendimentos mensais	
Tipo de estabelecimento: () Entidade Organizativa de Bairro (especificar) () Escola () Hospital () Clínica () Abrigo () Outras (especificar)	
Convênio com alguma outra organização () Governamental () Não Governamental () Nenhuma Qual(is)?	
Trabalho de auto-sustentável () SIM () NÃO Caso SIM, qual(is)?	

2- RECURSOS HUMANOS	CODIGO
Número de pessoas que trabalham na entidade:	
Tipo de vínculo das pessoas () Remuneradas () Voluntárias () Disposição do Município () Disposição do Estado () Outros: _____	
Escolaridade dos trabalhadores () Ens. Fundamental () Ens. Fund. Incompleto () Não Alfabetizado () Ens. Médio () Ens. Médio Incompleto () Ens. Superior () Ens. Sup. Incompleto	

3-Recursos Estruturais	CÓDIGO
Situação da sede <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida <input type="checkbox"/> Outros -----	
Condições da estrutura física: Tipo de Construção: <input type="checkbox"/> Alvenaria <input type="checkbox"/> Adobe Tipo de Cobertura: <input type="checkbox"/> Telha <input type="checkbox"/> Amianto	
Condições sanitárias: <input type="checkbox"/> Água encanada <input type="checkbox"/> Água de poço/sistema comunitária <input type="checkbox"/> Coleta de lixo regular <input type="checkbox"/> Lixo queimado/enterrado <input type="checkbox"/> Rede de esgoto <input type="checkbox"/> Sem rede de esgoto <input type="checkbox"/> Esgoto a céu aberto	
Instalação elétrica: <input type="checkbox"/> Possui <input type="checkbox"/> Não Possui <input type="checkbox"/> CEMAR <input type="checkbox"/> outros:	

PERGUNTAS SUBJETIVAS

Como você compreende a Sociedade Civil Organizada que oferece serviços para os idosos?
Como você percebe os serviços oferecidos pela Rede?
Como ocorre a articulação entre Sociedade Civil Organizada com os órgãos públicos?
Como você compreende a inserção, acesso e permanência do idoso na Sociedade Civil Organizada?

ANEXO A: Questionário Adaptado PNAS/MS

I - GESTÃO ORGANIZACIONAL

1. Critério - Planejamento e Organização

	ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
1	Houve planejamento institucional em relação a objetivos, missão e diretrizes nos últimos quatro anos.		
2	Possui Programa de Orçamento para o ano do exercício atual.		
3	Possui estudos de custos implantados.		
4	Há revisão periódica do processo de planejamento institucional quanto as suas prioridades e metas, com monitoramento dos resultados.		
5	Há contratualização interna das equipes com metas e resultados.		
6	Trabalha com gestão a vista para os trabalhadores/usuários.		

2. Critério - Gestão da Informação

	ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
7	O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde está atualizado.		
8	Há prontuário único com registros sistêmicos e regulares dos atendimentos, das evoluções e das intercorrências no prontuário dos pacientes.		
9	O estabelecimento responsabiliza-se pela guarda e pelo acesso do prontuário do paciente.		
10	Existe Comissão de Revisão de prontuários formalmente instituída.		
11	O estabelecimento utiliza as informações e os indicadores de gestão e da assistência para adequar rotinas assistenciais e processos gerenciais.		
12	Divulga a informação e os indicadores de gestão e da assistência com o objetivo de coletivizá-los de forma transparente.		

3. Critério - Gestão de pessoas

	ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
13	A política de recursos humanos preconiza a Educação Permanente.		
14	Os trabalhadores possuem vínculos protegidos, cujo contrato de trabalho assegure seus direitos trabalhistas.		

15	Existe programa de atenção integral – saúde do trabalhador.		
16	O estabelecimento possui espaço formal e permanente de negociação que envolva trabalhadores e gestores.		
17	O estabelecimento conta com plano de cargo ou carreiras estruturado ou em estrutura – o, que estimule a fixação dos trabalhadores.		
18	Existe programa de incentivo financeiro ou prêmio – o individual e/ou coletivo, atrelado ao atingimento de metas e resultados esperados, como parte de um processo de Avaliação de Desempenho.		

4. Critério – Modelo Organizacional

	ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
19	O estabelecimento conta com direção e responsáveis técnicos ou coordenadores/gerentes com atribuições formalmente definidas.		
20	Conta com colegiados gestores, grupos estratégicos ou outras instâncias de gestão compartilhada, com participação dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários, com agenda de funcionamento regular.		
21	Os diretores administrativos e técnicos possuem formação/qualificação na gestão de serviços de saúde.		
22	O estabelecimento desenvolve periodicamente mecanismos de análise de resultados.		
23	Há conselhos gestores de unidade ou outros fóruns de controle social vinculados ao estabelecimento de saúde.		
24	Conta com ouvidoria ou outros tipos de serviços de escuta voltados para usuários.		

II – APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO

5. Critério – Gerenciamento de risco e segurança do paciente

	ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
25	Há programa de controle de infecção que realiza análise sistemática do seu perfil epidemiológico e disponibiliza os indicadores de infecção relacionados – assistência para o corpo clínico e a direção.		
26	Conta com Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de maneira geral, e por serviços específicos.		
27	Trabalha com mecanismos de notificação e apuração de eventos adversos (hemovigilância, farmacovigilância, tecnovigilância e os relacionados – assistência).		

28	Possui núcleo de segurança do paciente constituído.		
29	Desenvolve a �pes do Programa Nacional de Segurança do Paciente.		
30	Faz acompanhamento sistemático de medicamentos utilizados no estabelecimento considerados potencialmente perigosos de acordo com a lista do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP).		

6. Critério - Gestão da infraestrutura e ambiência

	ITENS DE VERIFICA�O	SIM	NÃO
31	Possui condi�es físicas, de fluxo e de limpeza adequadas.		
32	Garante a continuidade da assistência em caso de interrup�o do fornecimento de energia elétrica.		
33	Realiza manuten�o predial corretiva e preventiva.		
34	Garante ambiente acolhedor, incluindo sinaliza�o, climatiza�o e ilumina�o, entre outros.		
35	Garante acessibilidade a usuários e trabalhadores.		
36	Existe programa de segurança que atenda as normas de preven�o, combate e segurança contra incêndios.		

7. Critério - Gestão de equipamentos e materiais

	ITENS DE VERIFICA�O	SIM	NÃO
37	Os equipamentos necessários estão em condi�es de uso para o exercício de suas atividades.		
38	Disponibiliza materiais e insumos adequados e em quantidade suficiente para exercício de suas atividades.		
39	Realiza manuten�o preventiva e corretiva dos equipamentos com garantia de reposi�o de peças.		
40	Possui sistema/mecanismos de controle de estoque, reposi�o, padroniza�o e qualidade dos materiais e insumos disponibilizados.		
41	Materiais, insumos e equipamentos são armazenados/acondicionados de forma adequada		
42	Tem Comissão de Padroniza�o de Materiais que avalia sistematicamente a inclusão/exclusão de itens, na institui�o.		

III - GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E DO CUIDADO

8. Critério - Integração com a Rede de Atenção à Saúde

	ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
43	O estabelecimento atua sob regulação do gestor do SUS no limite do complexo regulador.		
44	Há observância pelo estabelecimento do que estabelecido no contrato com o gestor do SUS para a área de abrangência.		
45	Há sistema/mecanismo de contra referência efetivo garantido mediante alta responsável e articulação com a equipe que dará continuidade ao cuidado.		
46	O estabelecimento possui mecanismo definido ou estrutura interna de regulação de acesso aos seus serviços.		
47	Desenvolve alguma atividade de educação permanente para os trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde (RAS).		
48	Organiza o seu processo de trabalho visando a sua inserção como componente/ponto de atenção na RAS conforme a pactuação.		

9. Critério - Gestão do cuidado

	ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
49	Possui mecanismos de gestão da clínica instituídos.		
50	Há acolhimento e estratégias de atendimento às necessidades dos usuários, seguindo critérios de avaliação de risco/vulnerabilidade.		
51	Conta com equipes estruturadas na lógica de equipes multiprofissionais de referência atuando conforme as diretrizes da clínica ampliada.		
52	Possui plano terapêutico individualizado ou singular para o paciente de acordo com a condição patológica.		
53	Possui dimensionamento de trabalho dos profissionais com garantia de horizontalidade em escala.		
54	Possui mecanismos de vínculo e responsabilização com o cuidado aos usuários por meio de metodologias específicas.		

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO UFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PESSOA IDOSA DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS.

Pesquisador: Rafael de Abreu Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59033316.8.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.804.490

Apresentação do Projeto:

A Rede de assistência aos idosos praticado no Brasil ainda é fragmentada, sendo assim, faz-se necessário uma maior visibilidade e integração intersetorial a qual exige esforços e compromissos de todos (as) numa gestão integrada em favor da melhoria de vida do cidadão idoso. Estudo objetiva mapear geograficamente os serviços direcionados à pessoa idosa no município de São Luís. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e abordagem quantitativa. O estudo será realizado no período de junho de 2016 a julho de 2017, nas Unidades de Saúde da Rede Municipal e da Sociedade Civil Organizada dos sete distritos sanitários do município de São Luís (MA). Esse estudo abrangerá a todos os órgãos públicos municipais que oferecem serviços à pessoa idosa, bem como todas as instituições da sociedade civil organizada cadastrada no Fórum das Entidades Maranhenses de Defesa e Direito do Idoso (FEMADI). O estudo compreende a três etapas: 1ª Etapa constitui na identificação dos serviços oferecidos pelos órgãos públicos do município de São Luís, através de um questionário específico; 2ª Etapa constitui a identificação dos serviços oferecidos pelas Sociedades Cívicas Organizadas e 3ª Etapa todos os serviços identificados serão sistematizados e catalogados nos mapas geográficos dos distritos sanitários de São Luís, formando a Rede de Atenção ao Idoso. Os dados quantitativos coletados serão armazenados em

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 1.804.490

um banco de dados específico criado no programa Microsoft EXCEL®. As variáveis quantitativas serão descritas por média e desvio padrão (média \pm DP) e as qualitativas por meio de frequências e porcentagens. Os dados qualitativos serão analisados a partir da técnica de análise de conteúdo, modalidade de análise temática, sistematizada por Minayo. O estudo atende aos critérios da Resolução 466/12, Conselho Nacional de Saúde/MS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

• Mapear geograficamente os serviços direcionados à pessoa idosa no município de São Luís.

Objetivo Secundário:

- Identificar os serviços direcionados à pessoa idosa nos sete distritos sanitários de São Luís, através dos órgãos públicos e sociedade civil organizada;
- Identificar a equipe de profissionais que atuam nos serviços direcionados à pessoa idosa;
- Verificar os serviços de referência, tanto dos órgãos públicos como da Sociedade Civil Organizada;
- Realizar o mapeamento geográfico dos serviços direcionados à pessoa idosa nos sete distritos sanitários de São Luís;
- Compreender os serviços dos órgãos públicos e da Sociedade Civil Organizada;
- Compreender a inserção, acesso e permanência da pessoa idosa na Sociedade Civil Organizada;
- Avaliar os serviços prestados pela Sociedade Civil Organizada a pessoa idosa.
- Avaliar os serviços de saúde prestados pelos órgãos públicos, utilizando itens do Programa Nacional de * Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo podem ocorrer, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, podem ocorrer riscos como constrangimento, desconforto e ansiedade decorrentes de alguma questão obtidas no questionário. A privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificar o pesquisado, será mantido em sigilo.

Será assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da pesquisa.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO UFMA



Continuação do Parecer: 1.804.490

Benefícios:

- Conhecer a magnitude da Rede de Assistência à Pessoa Idosa;
- Contribuir na articulação dos serviços voltados para a população idosa;
- Contribuir para o planejamento, reorganização e tomada de decisões que possam contribuir para o gerenciamento dos programas e projetos voltados para assistência à população idosa;
- Divulgar os resultados parciais e finais em eventos científicos e pelas Secretarias Municipais e Entidades Cívicas Organizadas;
- Publicar os resultados em periódicos de alto impacto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_747770.pdf	22/08/2016 19:24:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	22/08/2016 19:23:42	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	22/08/2016 19:20:48	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autoriza2.pdf	09/08/2016 21:33:53	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autoriza1.pdf	09/08/2016 21:33:14	Rafael de Abreu Lima	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO UFMA



Continuação do Parecer: 1.804.490

Orçamento	orcamento.doc	05/07/2016 15:01:31	Rafael de Abreu Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	05/07/2016 14:58:54	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Outros	termocompromisso.pdf	05/07/2016 14:57:10	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Outros	respfinanc.pdf	05/07/2016 14:56:39	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Outros	anuencia.pdf	05/07/2016 14:55:52	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	05/07/2016 14:53:10	Rafael de Abreu Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 03 de Novembro de 2016

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

ANEXO C - Autoriza²o para o in^ocio da Pesquisa: SEMUS-MA

SÃO LUÍS
Prefeitura e você, construindo um novo caminho

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE AÇÕES EM SAÚDE
COORDENAÇÃO SAÚDE DO ADULTO**

AUTORIZAÇÃO

Eu, Maria Goreth Cunha Bandeira, Coordenadora da Saúde do Adulto e Idoso da Secretaria Municipal de Saúde, tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada **MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO A PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS** sob responsabilidade do pesquisador Prof. Rafael de Abreu Lima, nesta Unidade de Saúde.

Solicito ainda aos diretores e/ou responsáveis pela gestão da Unidade de Saúde, que informem todos os dados necessários para a pesquisa.

São Luís, 10 de outubro de 2016



MARIA GORETH CUNHA BANDEIRA
COORDENADORA SAÚDE DO ADULTO E IDOSO

ANEXO D - Autoriza²o para o in^ocio da Pesquisa: SES-MA

GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ESTÁGIO E PESQUISA

Casa do Trabalhador – Bairro: Calhau/São Luís – Ma
 Contatos: (98) 3236-9394, estagioces@yahoo.com.br

Ofício nº 027149/2016

São Luís, 14 de dezembro de 2016

A Direção do(a)

UPA Araçagy, Hospital Adelson de Souza Lopes, CS Genésio Rego, UPA Vinhais, UPA Araçagi, UPA Bacanga, UPA Cidade Operária, UPA Parque Vitória, Hospital Tarquínio Lopes, Hospital Carlos Macieira, Hospital Nina Rodrigues, CAPS e Hemomar, CEMESP, Centro Especializado em Reabilitação e Promoção da Saúde, Centro de Especialidades Médicas da Cidade Operária, Hospital Aquiles Lisboa, Unidade Hospitalar Presidente Vargas, Unidade Mista do Maiobão e Centro de Especialidades Médicas e Diagnóstico Diamante Dr. Luiz Alfredo Neto Guterrez

Senhor Diretor(a),

Estamos autorizando o início da pesquisa **MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS-MA**, entre o período de 15/12/2016 a 15/04/2017.

Este estudo foi protocolado na Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão através do **processo nº 462/2016/CEP-SES** a ser realizada pela **equipe executora formada por**: Rafael de Abreu Lima, Késia Magna Maia Sá, Levy Rosa Evangelista, Edna Rayane Borges Serra, Samira Rodrigues dos Santos, Kallyane Silva Mendes, Jeniffer Nayara Costa da Silva, Jéssica Rayany Costa e Costa, Anne Caroline Rodrigues Aquino, Weyder Araújo Belo, Dayanne Maria Boás Guterres, Layse Michelle Jansên Silva, Alex Luís Gomez Marques, Amanda B. de Santana do **curso de Enfermagem do (a) Universidade Federal do Maranhão** no(s) seguinte(s) **setor(es)**: Diretores da Unidades Estaduais de Saúde.

O projeto foi julgado pelo **CEP do(a) 0271491/2016** que emitiu parecer consubstanciado nº 1.804.490 e **CAAE nº 5903331680005087** tendo como **pesquisador responsável o professor(a) RAFAEL DE ABREU LIMA E ANA HÉLIA DE LIMA SARDINHA**, FONE:991316153 **fonte de financiamento: Recursos Próprios do Pesquisador**


 Cynthia Graciele Castro Viégas
 Matri^ocula: 2594179
 CEP-SES

Coordenação de Estágio e Pesquisa da SES

ANEXO E - Parecer do Colegiado do Curso



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
 FUNDAÇÃO Instituída nos termos da Lei n.º 5.152 de 21/10/1966.
 CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
 COORDENADORIA DO CURSO DE ENFERMAGEM

PROJETO DE MONOGRAFIA

PARECER

1. TÍTULO: Mapeamento da rede de atenção à saúde da pessoa idosa do município de São Luís – MA.

2. ALUNO (A): Levy Rosa Evangelista

3. ORIENTADOR (A): Prof^ª. Me. Rafael de Abreu Lima

4. INTRODUÇÃO: faz uma abordagem sobre o envelhecimento da população no Brasil e no mundo, enfatiza a importância das propostas das redes como suporte às políticas públicas, fundamentada por referências atualizadas.

5. JUSTIFICATIVA

O aluno expõe o interesse pela temática, a partir de sua vivência na prática da disciplina Saúde do Idoso, associado a importância que a temática tem para implementação da atenção à pessoa idosa no Maranhão.

6. OBJETIVOS

Passíveis de serem alcançados;

7. PROCESSO METODOLÓGICO

Apresenta os elementos básicos para alcance dos objetivos.

8. CRONOGRAMA

Atualizado.

9. TERMO DE CONSENTIMENTO

Destaca os aspectos éticos essenciais exigidos pela Resolução 466/12 do CNS.

10. NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Obedece a normatização pela ABNT.

11. CONCLUSÃO DO PARECER: o projeto apresenta viabilidade para ser desenvolvido e diante da relevância social e política, somos de parecer favorável ao seu desenvolvimento.

São Luís, 07 de junho de 2016.

Lucyane Daltro Junior
 Professor relator

- **Aprovado** pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / / .
- **Aprovado "ad referendum"** do Colegiado de Curso em 07/06/2016
- **Referendado** pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / / .