



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

RAFAEL LUIZ DA ROCHA JÚNIOR

**MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA NO DISTRITO
SANITÁRIO VILA ESPERANÇA DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS - MA**

São Luís

2019

RAFAEL LUIZ DA ROCHA JÚNIOR

**MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA NO DISTRITO
SANITÁRIO VILA ESPERANÇA DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS - MA**

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

2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Rocha Júnior, Rafael Luiz da.

Mapeamento da Rede de Atenção à Pessoa Idosa no
Distrito Sanitário Vila Esperança do Município de São
Luís- MA / Rafael Luiz da Rocha Júnior. - 2019.

57 f.

Orientador(a): Rafael Abreu Lima.

Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2019.

1. Assistência. 2. Idoso. 3. Mapeamento geográfico.
4. Serviço de Saúde. I. Abreu Lima, Rafael. II. Título.

RAFAEL LUIZ DA ROCHA JÚNIOR

**MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA NO DISTRITO
SANITÁRIO VILA ESPERANÇA DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS - MA**

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

Aprovado em: _____ de _____ de _____ Nota: _____

Banca Examinadora

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

Profª. Drª. Ana Hélia de Lima Sardinha
Doutora em Ciências Pedagógicas
Universidade Federal do Maranhão

Profª. Ma. Waldeney Costa Araújo Wadie
Mestra em Pedagogia Profissional
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho aos meus pais, em especial a minha mãe, Ana Maria Fonseca de Lima da Rocha, que com muito amor e dedicação não mediu esforços para que eu chegasse até essa etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por permitir este momento tão importante e desejado em minha vida. Assim como ter me fortalecido diante das adversidades e saber que Ele honra todo o nosso esforço e dedicação.

Agradeço aos meus pais, Rafael Luiz da Rocha e Ana Maria Fonseca de Lima da Rocha, irmãs (Anna Rafaella de Lima da Rocha e Joseane Lima de Mendonça), sobrinho (Lucas da Rocha Santos) e a toda minha família por todo investimento na minha educação, apoio e palavras de encorajamento, carinho e incentivo. Serei eternamente grato a todos vocês.

Às minhas eternas amigas de infância Liane Nascimento, Polyana Barata e Julyana Barata. Crescemos juntos, amadurecemos juntos e vimos cada um alcançar suas vitórias com o passar do tempo.

Agradeço a família Antunes (Dina, em memória, Erik, Tia Tânia e Tassiana) por todo companheirismo, orações e disponibilizar de instrumentos que viabilizaram a construção deste trabalho.

À Universidade Federal do Maranhão pela formação de qualidade. Assim como ao seu corpo técnico, administrativo e docente, em especial a Coordenação do Curso de Enfermagem, por toda sensibilidade e prestatividade ao longo de toda a minha jornada acadêmica. Vocês foram essenciais!

Aos funcionários da UFMA, dos hospitais de prática e estágio, aos enfermeiros, técnicos em enfermagem, aos pacientes, ao campo de pesquisa e demais integrantes do grupo de pesquisa, pela contribuição ao longo da minha jornada.

Ao meu professor e orientador Rafael de Abreu Lima que me acolheu em um momento tão delicado da minha graduação e assim, oportunizar minha participação e orientação nessa pesquisa tão singular e relevante para o nosso Município. Seu profissionalismo, paciência, bem como os momentos de exigências, estiveram sempre aliados a palavras de encorajamento e positivismo que contribuíram para o meu desenvolvimento como profissional. Minha eterna gratidão pela transmissão dos saberes e atenção para comigo ao longo da construção deste trabalho.

“De certa forma o trabalho de um crítico é fácil, nos arriscamos pouco e temos prazer em avaliar com superioridade os que nos submetem seu trabalho e reputação... O mundo costuma ser hostil aos novos talentos, às novas criações. O novo precisa ser incentivado.”

Anton Ego, Ratatouille

RESUMO

Introdução: O mapeamento de redes como suporte à Política da Pessoa Idosa tem sido crescentemente adotado, afim de superar o modelo burocrático e hierárquico com finalidade de fortalecer a rede de atenção, permitindo identificar lacunas na distribuição dos serviços à população idosa. **Objetivo:** Mapear geograficamente os serviços direcionados à pessoa idosa no distrito sanitário Vila Esperança do município de São Luís - MA. **Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e abordagem quantitativa, realizado no período de novembro de 2016 a junho de 2017, a todos os órgãos governamentais que oferecem serviços à pessoa idosa e também as entidades da Sociedade Civil Organizada no distrito sanitário Vila Esperança do município de São Luís - MA. Os dados sociodemográficos e sanitários foram obtidos através de base de dados secundários: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Sistema de Informação da Atenção Básica e foram tabulados no Microsoft Excel. Os dados do mapeamento dos serviços foram obtidos através de um questionário específico aplicado às instituições inseridos no programa Google Earth, georreferenciados pelo programa TerraView, após conversão das coordenadas, os mapas foram elaborados pelo ArcGis 10.1 **Resultados:** O distrito sanitário Vila Esperança apresenta 7.551 idosos residentes, sendo o menor quantitativo de idosos do município, com faixa etária predominante de 60 a 69 anos, cor parda, renda média de 1 salário mínimo, sem saneamento básico. No mapeamento da rede foram identificados 23 serviços ofertados no distrito sendo: treze (13) na área da saúde, dois (02) na assistência social, cinco (05) na educação e três (03) entidades da Sociedade Civil Organizada, destes serviços, somente oito (8) tem ação direta e específica à pessoa idosa. **Considerações finais:** O mapeamento da rede do idoso no distrito sanitário Vila Esperança identificou uma rede de serviços fragmentada e bem fragilizada, com déficits em serviços básicos como saúde, saneamento básico e segurança pública, porém com ações diretas da Sociedade Civil Organizada, na tentativa de suprir essa carência. Entretanto, os poucos serviços direcionados não atendem à demanda dos idosos residentes no distrito, piorando a qualidade de vida da sua população idosa.

Palavras-chave: Assistência. Idoso. Mapeamento geográfico. Serviços de saúde.

ABSTRACT

Introduction: The mapping of networks as support to the elderly policy has been increasingly adopted in order to overcome the bureaucratic and hierarchical model in order to strengthen the network of attention, allowing to identify gaps in the distribution of Services to the elderly population. **Objective:** To map geographically the services directed to the elderly person in the Vila Esperança sanitary district of the municipality of São Luís-MA. **Methods:** This is an ecological study, descriptive of a quantitative approach, conducted in the period from November 2016 to June 2017, to all governmental agencies that offer services to the elderly and also the entities of the Civil Society organized in Vila Esperança sanitary district of the municipality of São Luís-MA. Sociodemographic and sanitary data were obtained through a secondary database: The Brazilian Institute of Geography and Statistics/primary care information system and were tabulated in Microsoft Excel. The data of the mapping of the services were obtained through a specific questionnaire applied to the institutions inserted in the program Google Earth, georeferenced by the TerraView program, after conversion of the coordinates, the maps were elaborated by ArcGis 10.1 **Results:** The Vila Esperança district presents 7.551 elderly residents, with the lowest number of elderly in the city, with predominant age range from 60 to 69 years, brown color, average income of 1 minimum wage, without basic sanitation. In the mapping of the network were identified 23 services offered in the district being: thirteen (13) in the area of health, two (02) in social assistance, five (05) in Education and three (03) entities of the organized Civil society, of these, only eight (8) has direct action and Specific to the elderly person. **Final Considerations:** The mapping of the Elderly network in the Vila Esperança sanitary district identified a fragmented and well-weakened service network, with deficits in basic services such as health, basic sanitation and public safety, but with direct actions of Organized Civil Society, in an attempt to supply this shortage. However, the few targeted services do not meet the demand of the elderly living in the district, worsening the quality of life of their elderly population.

Keywords: Assistance. Elderly geographic mapping. Health services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa da Ilha de São Luís/MA, 2017	22
Figura 2 - Mapa dos Distritos Sanitários do Município de São Luís, 2017	23
Figura 3 - Mapa dos Bairros do Distrito Sanitário da Vila Esperança, São Luís/MA, 2017	28
Figura 4 - Mapa dos Serviços do Distrito Sanitário da Vila Esperança, São Luís/MA, 2017	29
Quadro 1 - Serviços e Endereços do Distrito Sanitário da Vila Esperança, São Luís/MA, 2017	30

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CEB	Câmara de Educação Básica
CEDIMA	Conselho Estadual do Idoso do Maranhão
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMDI	Conselho Municipal da Pessoa Idosa
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CVPI	Comitê de Valorização da Pessoa Idosa
DS	Distrito Sanitário
EJAI	Educação de Jovens, Adultos e Idosos
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEMADI	Fórum das Entidades Maranhenses de Defesa e Direito do Idoso
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SCO	Sociedade Civil Organizada
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	16
2.1	Geral	16
2.2	Específicos	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1	Envelhecimento populacional	17
3.2	Redes de Atenção à Saúde	18
3.3	Territorialização e Distritos Sanitários	20
4	MÉTODOS	22
4.1	Tipos de estudo	22
4.2	Período e local do estudo	22
4.3	População	23
4.4	Critérios de inclusão	24
4.5	Critérios de exclusão	24
4.6	Coletas dos dados	24
4.7	Análise de dados	25
4.8	Aspectos éticos	25
5	RESULTADOS	27
5.1	Dados sociodemográficos e sanitários do DS Vila Esperança	27
5.2	Serviços da Rede de Atenção à Pessoa Idosa no Distrito Sanitário da Vila Esperança	28
5.3	Serviços da Rede de Atenção à Pessoa Idosa no DS Vila Esperança	29
6	DISCUSSÃO	31
6.1	Aspectos Sociodemográficos	31
6.2	Aspectos sanitários	33
6.3	Mapeamento da Rede	33
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
	REFERÊNCIAS	39
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DIRECIONADOS À PESSOA IDOSA NOS DISTRITOS	45

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO SEMIESTRUTURADO DIRECIONADO À INSTITUIÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA.	46
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)	48
ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	51
ANEXO B - AUTORIZAÇÃO PARA O INÍCIO DA PESQUISA: SEMUS-MA ..	55
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA O INÍCIO DA PESQUISA: SES-MA	56
ANEXO D – PARECER DO COLEGIADO DE CURSO	57

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui um novo desafio ao mundo atual. Esse processo ocorre tanto nos países desenvolvidos como naqueles que estão em desenvolvimento e tem sua origem inicialmente marcada por transformações socioeconômicas no século XIX, vividas por nações desenvolvidas. Entretanto, mudanças significativas nas variáveis demográficas dessas nações só puderam ser verificadas na virada no século XX. Nos países em desenvolvimento, o processo de envelhecimento foi mais rápido e desordenado, como fruto das desigualdades sociais (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idoso, o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos residentes em países desenvolvidos e com 60 anos ou mais para países em desenvolvimento, contexto em que se insere o Brasil (CAMARANO, 2011).

A população idosa constitui um grupo bastante diferenciado entre si e em relação aos demais grupos etários, tanto do ponto de vista das condições sociais, quanto dos seus aspectos demográficos e epidemiológicos (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017). À medida que a pessoa envelhece, sua qualidade de vida se vê determinada, em grande parte, por sua capacidade para manter a autonomia e a independência. A maioria dos idosos teme a velhice pela possibilidade de tornarem-se dependentes pela doença ou por não poderem exercer suas atividades cotidianas (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017a), a população brasileira é de 190.755.199 milhões de pessoas, sendo que 51%, o equivalente a 97 milhões, são mulheres e 49%, o equivalente a 93 milhões, são homens. O contingente de pessoas idosas, é de 20.590.599 milhões, ou seja, aproximadamente 10,8% da população total. Desses, 55,5% (11.434.487) são mulheres e 44,5% (9.156.112) são homens.

O Brasil tem um indicador intermediário, com uma expectativa de 75 anos, acima da média global. Nas Américas, o Brasil está à frente de países como Bolívia (70,7 anos) e Paraguai (74), mas bem atrás de Chile (80,5), Cuba (79,1), Estados Unidos (79,3) e Uruguai (77) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Os sistemas de atenção à saúde que são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, deveriam operar em total coerência com a situação de saúde dos usuários. Ocorre que a situação de saúde brasileira vem mudando e, hoje, marca-se por uma transição demográfica acelerada e expressa-se por uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma

carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas (FRENK, 2006).

Essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde totalmente fragmentada, reativa, episódica e voltada, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Isso não deu certo em outros países, isso não está dando certo aqui. Por isso, há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS), o que envolverá a implantação das redes de atenção à saúde, uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011).

Para facilitar a operacionalização foram publicadas portarias que regulamentam o funcionamento das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, pautadas principalmente nos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portarias GM/MS nº 702/2002 e SAS/MS nº 249/2002), respectivamente (BRASIL, 2002a, 2002b). A composição das redes específicas para a população idosa estava centrada em Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, adequados a oferecer diversas modalidades assistenciais (BRASIL, 2014).

A atenção deve ser baseada nas necessidades da população, centrada no indivíduo, considerando sua integração na família e na comunidade, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença. A especificidade e a heterogeneidade nos processos de envelhecer devem ser consideradas, a partir dos determinantes sociais da saúde, nos seus mais diferentes aspectos, considerando ainda as diferenças de gênero e raça, buscando a equidade e resolutividade do cuidado a ser ofertado (CAMARANO, 2002).

O trabalho em rede, proposto pelo modelo de atenção, considera a atenção básica como ordenadora do cuidado, visa garantir o cuidado contínuo da pessoa idosa no SUS, favorece o fortalecimento da articulação entre os diferentes pontos de atenção, o vínculo entre as pessoas idosas e os profissionais da atenção básica e os pontos de referência da rede como um todo. O modelo será complementado com as linhas de cuidado específicas (BRASIL, 2014).

A criação e manutenção da estrutura de redes impõe desafios administrativos fundamentais, vinculados aos processos de negociação e geração de consensos, estabelecimento de regras de atuação, distribuição de recursos e interação, construção de mecanismos e processos coletivos de decisão, estabelecimento de prioridades e

acompanhamento. Em outras palavras, os processos de decisão, planejamento e avaliação ganham novos contornos e requerem outra abordagem, quando se trata de estruturas gerenciais policêntricas ou distritos sanitários, onde pode-se realizar mapeamento das áreas (TEXEIRA, 2002).

As propostas de mapeamento 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 (ONGs) e de fortalecimento do controle público. Vale ressaltar que o mapeamento das redes estabelecidas pelo deslocamento das pessoas que buscam assistência e também permite identificar lacunas na distribuição dos serviços (MENDES, 2011).

Faz-se necessário uma maior visibilidade e integração inter setorial a qual exige esforços e compromissos de todos numa 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 constituiu objeto de compromisso de uma gestão compartilhada, devem fazer parte dessa Rede (MARQUES, 2018).

Do ponto de vista estratégico, o Sistema Único de Saúde, utiliza uma variedade de nomenclaturas e divisões territoriais para operacionalizar suas ações. Nesse contexto, insere-se a estruturação do Distrito Sanitário como unidade operacional mínima do sistema de saúde, tendo uma base territorial definida geograficamente, com uma rede de serviços de saúde com perfil tecnológico adequado as características epidemiológicas da população distribuída em seu interior (GONDIM et al., 2009), assim, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de São Luís dividiu a cidade em sete Distritos Sanitários de Saúde: Centro, Itaqui-Bacanga, Coroadinho, Cohab, Bequimão, Tirirical e Vila Esperança.

Portanto, a partir deste entendimento, a pergunta norteadora é: Quais os serviços públicos, voltados para a pessoa idosa, estão disponíveis no Distrito Sanitário Vila Esperança?

Justifica-se esse trabalho, porque se percebe o quanto a demanda de serviços especializados para a população idosa é muito grande, mesmo com uma rede desarticulada e tentando se estruturar, ainda observamos, uma fragmentação de produtos e serviços distribuídos pelo distrito Vila Esperança, que possui um quantitativo relevante de idosos, que migram para outros distritos em busca de assistência. Ademais, o ineditismo do tema nesta região e a necessidade de se conhecer serviços que possam servir de apoio para Rede de

Atenção à Pessoa Idosa, e oferecer subsídios para o planejamento de ações de articulação de todos os serviços identificados no mapeamento.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Mapear geograficamente os serviços direcionados à pessoa idosa no distrito sanitário Vila Esperança do município de São Luís - MA.

2.2 Específicos

- a) Descrever as características sociodemográficas e sanitárias do distrito Vila Esperança;
- b) Identificar os serviços da rede de atenção direcionados à pessoa idosa no distrito sanitário Vila Esperança;
- c) Verificar a distribuição espacial dos serviços direcionados à pessoa idosa no distrito sanitário Vila Esperança.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Envelhecimento populacional

As transformações demográficas ocorridas na sociedade brasileira nas últimas cinco décadas se deram de mudanças nos níveis de mortalidade e fecundidade, em ritmos nunca vistos anteriormente. Essas mudanças fizeram com que a população passasse de um sistema de altas taxas de natalidade e mortalidade para outro com baixa mortalidade e baixa fecundidade, o que, por sua vez, determinou um processo de envelhecimento populacional (LEBRÃO, 2007).

O envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice (CARVALHO; GARCIA, 2003). No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003). Pode ser visto como uma história de sucesso para as políticas de saúde e para o desenvolvimento socioeconômico, mas também imprime desafios para a sociedade que necessita se adaptar a esse novo panorama, a fim de maximizar a capacidade funcional e saúde dos idosos, bem como sua participação social e de segurança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Estimativas populacionais indicam que o Brasil até o ano de 2025 será o sexto país do mundo em números absolutos de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas, o que representará aproximadamente 15% da população brasileira total de idosos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). Até 2050 a previsão é que o número de idosos triplique – passando de 24 milhões para 64 milhões. Em vista disso, a proporção de pessoas mais velhas no total da população brasileira passaria de 12% em 2012, para 29%, em 2050 (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012). Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), o Maranhão possui 567.667 (8,3%) idosos, sendo 78.059 (7,4%) idosos na capital São Luís.

São Luís integrará este processo de transição demográfica que o Brasil atravessará nas próximas décadas. Assim como ocorre no Brasil, a pirâmide etária ludovicense em 2033 retratará uma população maior e mais velha. Projeta-se que a proporção de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos mais do que dobrará nos próximos 20 anos, alcançando 19% da população total em 2033. Em 2010, esta proporção era de 8%. Já a população em idade potencialmente ativa (15 a 64 anos) permanecerá praticamente no mesmo patamar, com

participação oscilando de 71% para 69% da população total entre 2010 e 2033 (SÃO LUÍS, 2013).

A valorização desse grupo pela população vem acontecendo gradativamente, a sociedade está dando mais crédito ao potencial físico do idoso e à sua capacidade de trabalho que conseqüentemente tem melhorado progressivamente (WATANABE; GIOVANNI, 2009).

Os fatores responsáveis por esta mudança devem-se principalmente ao aumento da prática de exercícios físicos na terceira idade. Nos países em desenvolvimento pode-se constatar os maiores índices de mudanças, a ponto de a Organização das Nações Unidas (ONU) considerar o período de 1975 a 2025 como a era do envelhecimento. Dessa forma, o envelhecimento da população deixou de ser uma preocupação somente dos países desenvolvidos, fazendo parte também dos países em desenvolvimento (FERRAZ, 2010).

À medida que a população envelhece, o Brasil precisa levar em consideração o novo perfil etário e as desigualdades de acesso aos serviços públicos e privados diversos decorrentes das assimetrias de classe, raça/cor, gênero e geradas pelos preconceitos relacionados ao exercício da sexualidade. Olhar o envelhecer é tomar consciência da necessidade de estratégias políticas, logo, investimentos, em uma série de importantes áreas, como previdência social e saúde pública, mas não só. Logo o envelhecimento não se restringe a um processo de perda orgânica, mas a relação íntima entre indivíduo e ambiente e de suas chances para usufruir de condições adequadas de saúde, educação, trabalho, moradia, alimentação durante todo o curso de vida (FALEIROS, 2014).

3.2 Redes de Atenção à Saúde

De acordo com a Portaria GM/MS n. 4.279/2010, as Redes de Atenção à Saúde são arranjos 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).

O SUS é um sistema fragmentado e o atual modelo de atenção à saúde hegemônico inadequado para a situação epidemiológica do país (MENDES, 2010). A Organização Pan Americana de Saúde (2010) tem recomendado a implantação de sistemas integrados ou Redes de Atenção à Saúde, com a adoção de um modelo de atenção que de fato atenda às necessidades de saúde da população.

As Redes de Atenção à Saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, objetivos comuns e uma ação

cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária em Saúde (APS) – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita (MENDES, 2011).

O modelo de atenção à saúde, preconizado pelo SUS, tem foco na Estratégia Saúde da Família e nos princípios da Atenção Primária à Saúde. A proposta destaca a atuação profissional com vínculo e responsabilização pelo usuário e busca o desenvolvimento de esforços para melhorar a coerência e a coordenação na prestação de serviços em Redes de Atenção à Saúde (RAS) (SALTMAN; RICO; BOERMA, 2010).

As RAS apresentam três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde. O primeiro elemento das RAS é a população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde com base na população, uma característica essencial das RAS, a população cadastrada e vinculada a uma unidade de Atenção Primária à Saúde. Essa população vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociais e sanitários (BRASIL, 2014).

O segundo elemento constitutivo das RAS é a estrutura operacional, compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a Atenção Primária em Saúde; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS. O terceiro elemento constitutivo das RAS são os modelos de atenção à saúde, sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em razão da visão prevaente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e sociedade (MENDES, 2011).

As principais vantagens das redes são: a capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canais de difusão de conhecimentos e a utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos; a legitimação e status, a criação de vínculos diversificados entre atores e organizações permite reduzir as incertezas nas políticas e nos programas; e benefícios econômicos porque relações de intercâmbio possibilitam ganhos de escala, com redução de custos e melhoria da qualidade (PODOLNY; PAGE, 1998). Por outro

lado, certas características das redes limitam sua eficácia ou criam dificuldades para sua gestão: o envolvimento de numerosos atores dificulta a prestação de contas; o processo de negociação e de formação de consensos pode ser lento; a diluição de responsabilidades pode afetar o alcance dos objetivos; pode se dar a exclusão de atores sociais ou regiões importantes em função da fragilidade dos critérios de participação; e as dificuldades de controle e coordenação das interdependências tendem a gerar problemas na gestão (FLEURY; OUVENEY, 2007).

3.3 Territorialização e Distritos Sanitários

A territorialização representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada. A execução das práticas de saúde sobre um substrato territorial já vem sendo utilizada por distintas iniciativas no âmbito do SUS, como a Estratégia Saúde da Família, a Vigilância em Saúde Ambiental, a proposta dos municípios/cidades saudáveis e a própria descentralização prevista na Constituição Federal (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

O SUS se organiza com base num substrato territorial. Com isso, a distribuição dos serviços de saúde assume uma estratégia operacional de demarcação de áreas de abrangência correspondentes aos níveis de complexidade das ações de saúde. As diretrizes organizativas do SUS guardam expressivas relações com a concepção de território enquanto delimitação de uma área específica para cenário das ações de saúde dirigidas a uma população específica, porém com composição distinta, quantitativa e qualitativamente. Nesses territórios, as práticas de saúde convergem para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de modo que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida da população. A organização espacial dos serviços de saúde baseia-se nos princípios da regionalização e da hierarquização, definindo uma base territorial formada por agregações progressivas, tais como a base de atuação dos agentes comunitários de saúde – as micro áreas –, a das equipes de saúde da família – as áreas –, e, por fim, a área de abrangência das unidades básicas de saúde (MENDES, 2002).

O Distrito Sanitário compreende uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais, com suas necessidades e os recursos de saúde para atendê-la. A área geográfica é definida para cada realidade que pode ser constituída por vários bairros de um município ou vários municípios de uma região, com uma

unidade organizacional mínima do sistema de saúde com perfil tecnológico adequado às características da população distribuída em seu interior (BARBOSA, 2014).

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 vários produtos e serviços de responsabilidade da Prefeitura Municipal, Governo do Estado e Governo Federal, sendo organizadas geograficamente, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde do município.

A estruturação dos DS, proposta 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 proposição, em certo sentido, busca recuperar propostas teórico-metodológicas dos Sistemas Locais de Saúde, entendidos como um processo social e político de transformação de práticas e uma estratégia, apoiada pela Organização Mundial de Saúde, 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).

4 MÉTODOS

4.1 Tipos de estudo

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

4.2 Período e local do estudo

O estudo foi realizado no período de novembro de 2016 a junho de 2017, no distrito sanitário Vila Esperança do município de São Luís - MA.

A cidade de São Luís está localizada na região norte do Estado do Maranhão e possui área territorial de 827 km² e está a 24 metros de altitude, tendo sua posição determinada pelas coordenadas geográficas: 2°31' S e 44°18' O. São Luís faz parte da ilha do Maranhão juntamente com os municípios de Raposa, Paço do Lumiar e São José de Ribamar (figura 1).

Figura 1 - Mapa da Ilha de São Luís/MA, 2017

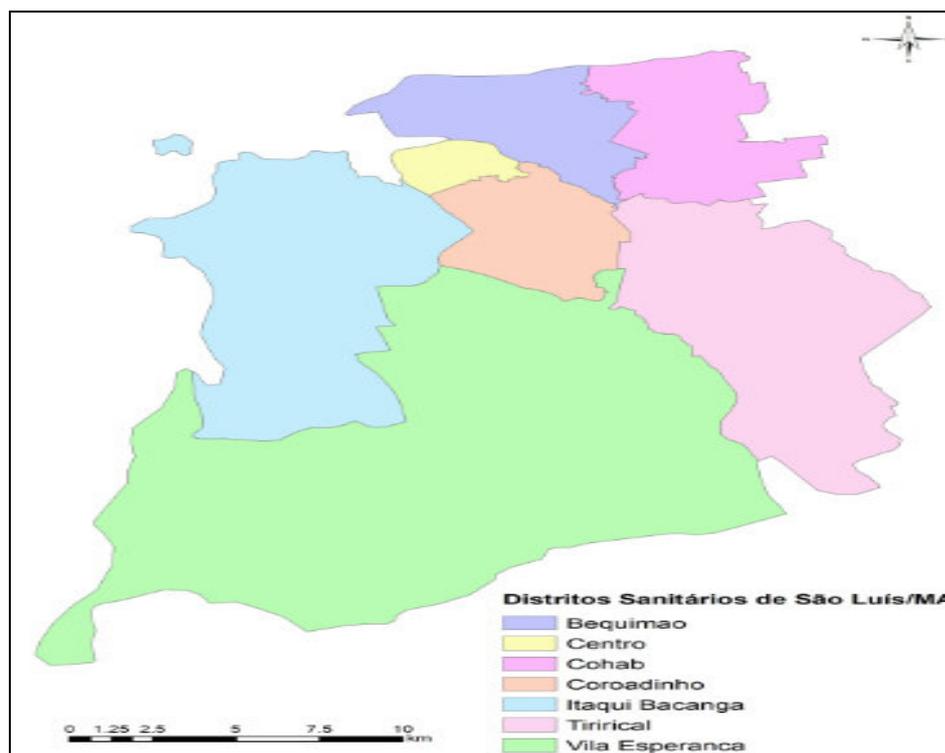


Fonte: Lima e Sardinha (2018)

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 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

O distrito sanitário (DS) Vila Esperança é composto por 96 bairros, sendo 07 bairros urbanos e 89 bairros rurais, localizado na região sul da ilha de São Luís, entre a área industrial e zona rural, ao lado da BR 135, ocupa uma área de 297 hectares e possui 2300 famílias e aproximadamente 10 mil habitantes. Possui área territorial de 200 km². A Vila Esperança nomeia o maior distrito sanitário de São Luís – MA (figura 2).

Figura 2 - Mapa dos Distritos Sanitários do Município de São Luís, 2017



Fonte: Lima e Sardinha (2018)

4.3 População

Esse estudo abrangeu todos os órgãos governamentais que oferecem serviços à pessoa idosa, bem como as entidades da Sociedade Civil Organizada cadastradas no Fórum das Entidades Maranhenses de Defesa e Direito do Idoso. Foi considerado para este estudo

que a Rede de Atenção à Pessoa Idosa é todo serviço de assistência direta que possa contribuir para o cuidado com os idosos, sendo governamental ou não.

4.4 Critérios de inclusão

- a) Órgãos públicos do município de São Luís que oferecem serviços direcionados à pessoa idosa;
- b) Instituições da Sociedade Civil Organizada cadastradas no Fórum das Entidades Maranhenses de Defesa e Direito do Idoso.

4.5 Critérios de exclusão

- a) Órgãos e serviços públicos governamentais que não responderam e/ou entregaram ao questionário devidamente preenchido;
- b) A Entidade da Sociedade Civil Organizada que em sua prática não tenham atuação junto com a pessoa idosa e que se ausentaram nas reuniões e encontros programados pela equipe executora do estudo.

4.6 Coletas dos dados

Os dados sociodemográficos (população de idosos residentes do distrito, cadastro de idosos por distrito, sexo, cor e faixa etária predominante de idosos, taxa de analfabetismo do distrito, índice de pobreza do distrito) e sanitários (indicadores de condições de moradia, abastecimento de água, rede de esgoto e coleta de lixo do distrito) foram obtidos através de base de dados secundários como: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), SIAB/SUS (2014), Instituto de Cidadania Empresarial do Maranhão (2017) e sites: www.tratabrasil.org.br, www.painelsaneamento.org.br (indicadores de 2018).

Os dados referentes ao mapeamento dos serviços públicos governamentais e não governamentais (Entidades da Sociedade Civil Organizada) constituíram na identificação dos serviços oferecidos através de um questionário específico (APÊNDICE A e B) formulado para essa finalidade deu-se por etapas:

Primeiramente um grupo de alunos do Curso de Enfermagem selecionados e uma equipe de profissionais que atuam nas diversas áreas de assistência à pessoa idosa do município de São Luís através dos seus órgãos de atuação como: Comitê de Valorização da

Pessoa Idosa, Conselho Municipal da Pessoa Idosa (CMDI), Fórum das Entidades Maranhenses de Defesa e Direito do Idoso e Conselho Estadual do Idoso do Maranhão (CEDIMA), receberam treinamento para coleta dos dados.

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

Terceiro, a identificação da Sociedade Civil Organizada que oferece serviços à pessoa idosa nas comunidades deu-se pelo cadastro do Fórum das Entidades Maranhenses de Defesa e Direito do Idoso (FEMADI) e as entrevistas ocorreram nas sedes das entidades aplicando-se um questionário (APÊNDICE B) ao responsável após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

Por fim, após o levantamento, os dados (nome das unidades e endereços) foram sistematizados e tabulados por categorias (Unidades de Saúde /Unidades de Educação / Outros Órgão Públicos / Sociedade Civil Organizada).

4.7 Análise de dados

O banco de dados foi tabulado no Microsoft Excel, em seguida os dados dos endereços foram corrigidos com a utilização do Google Earth, versão 7.1.2.2040, e a busca das coordenadas latitude e longitude pelo site <http://batchgeo.com/> para serem georreferenciadas pelo programa TerraView, versão 4.2.2. As coordenadas geográficas que foram obtidas pela projeção lat/long e datum WGS-84 foram convertidas para SIRGAS 2000/UTM para elaboração dos mapas temáticos no programa ArcGis 10.1.

4.8 Aspectos éticos

O estudo atende aos critérios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e possui Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

(CEP)/Universidade Federal do Maranhão (UFMA) de aprovação n° 1.804.490 e aprovação na Secretaria do Colegiado da Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. Este estudo não apresenta qualquer tipo de conflito de interesse.

5 RESULTADOS

5.1 Dados sociodemográficos e sanitários do DS Vila Esperança

A população idosa do município de São Luís é composta por 80.086 idosos, sendo 47.038 mulheres e 33.048 homens, com predomínio na faixa etária de 60 a 69 anos (56,1%) e de cor parda (52,88%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017b). No distrito sanitário Vila Esperança constatou-se 7.551 idosos residentes e destes somente 5.499 cadastrados no Sistema Integrado de Atenção Básica (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Quando comparado aos outros distritos sanitários de São Luís, o distrito de Vila Esperança apresenta taxa de analfabetismo de 0,5% a 0,6%, maior taxa percentual de pessoas em extrema pobreza, 48% a 51%, onde até 60,8% dos residentes tem renda per capita de até ½ do salário mínimo. Quanto a moradia, 72,7% dos domicílios não tem rede de água, até 59,3% não tem coleta de lixo e 99,7% não possuem rede de esgotos. Em relação às residências em aglomerados subnormais as taxas variam entre 0,25% a 0,73% (INSTITUTO DE CIDADANIA EMPRESARIAL DO MARANHÃO, 2017).

5.2 Serviços da Rede de Atenção à Pessoa Idosa no Distrito Sanitário da Vila Esperança

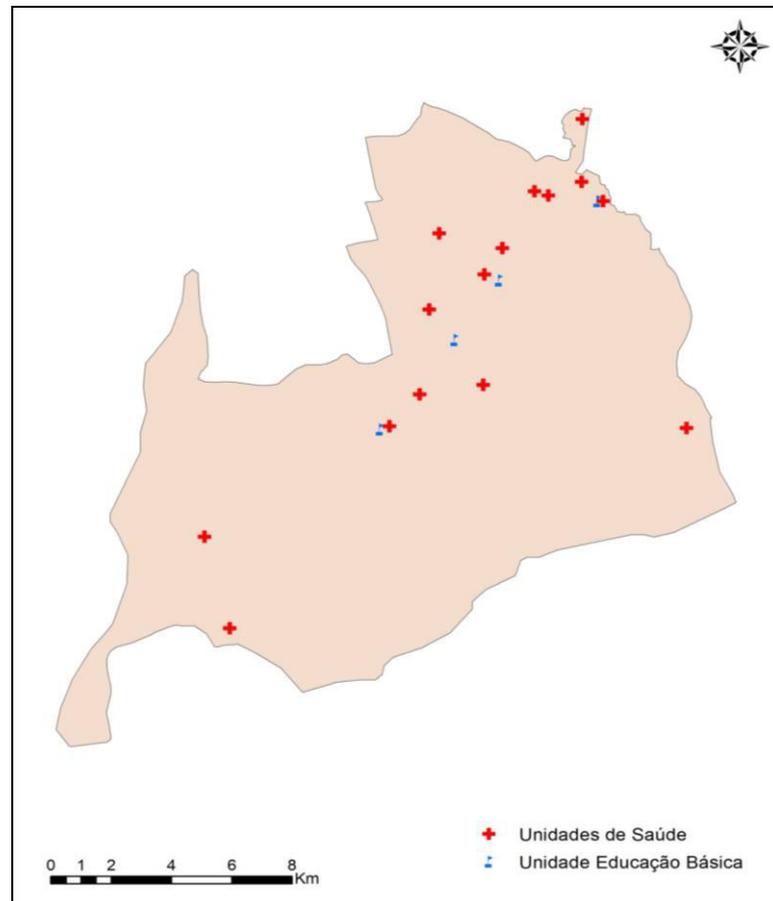
Figura 3 - Mapa dos Bairros do Distrito Sanitário da Vila Esperança, São Luís/MA, 2017



Fonte: SEMUS, São Luís, 2017

5.3 Serviços da Rede de Atenção à Pessoa Idosa no DS Vila Esperança

Figura 4 - Mapa dos Serviços do Distrito Sanitário da Vila Esperança, São Luís/MA, 2017



Fonte: Lima e Sardinha (2018)

O DS Vila Esperança apresenta em sua composição, em termos de variedade, um baixo número dos serviços públicos prestados se comparado com os demais distritos. Foram identificados 23 serviços e dentre estes, os mais utilizados são os de saúde e educação (quadro 1).

Nos serviços de saúde tem-se dezessete (17) equipes da Estratégia Saúde da Família, distribuídas em duas (2) Unidades Básicas de Saúde; dez (10) Centros de Saúde e um (01) Centro de Especialidade Médica. Entretanto, esses serviços da rede de saúde, atendem os idosos conforme as suas morbidades, não havendo registro de atendimento especializado à pessoa idosa nesta área. Ainda, observamos dois (02) Centros de Referência em Assistência Social (quadro 1).

Na área da Educação constatamos 05 (cinco) unidades escolares que desenvolvem o Projeto Educação de Jovens Adultos e Idosos (EJAI) e 03 (três) instituições da Sociedade Civil Organizada, que prestam atividades assistenciais, recreativas e de lazer para os idosos (quadro 1).

Neste distrito não foram constatados serviços especializados na área de segurança pública/delegacias.

Quadro 1 - Serviços e Endereços do Distrito Sanitário da Vila Esperança, São Luís/MA, 2017

UNIDADES DE SAÚDE	ENDEREÇO
Centro de Saúde Itapera	Rua Principal, nº 21, Itapera.
Centro de Saúde Laura Vasconcelos	BR 15, s/n, Estiva.
Centro de Saúde Maracanã	Estrada da Vitória, s/n, Maracanã.
Centro de Saúde Quebra Pote	Praça do Cemitério, s/n, Quebra Pote.
Centro de Saúde Pedrinhas I	BR 135, km 13, s/n, Pedrinhas.
Centro de Saúde Pedrinhas II	Rua da Nova, s/n, Pedrinhas.
Centro de Saúde Tales Ribeiro	Pç. N. S. da Conceição, s/n, Vila Esperança.
Centro de Saúde Tibiri	Rua Santo Antonio, s/n, Tibiri.
Centro de Saúde Maria de Lourdes (Rio Grande)	Rua Bom Jardim, nº 385, Rio Grande.
Centro de Saúde José R. Frazão (Nova República)	Rua Tancredo Neves, s/n, Nova República.
Centro de Especialidades Médicas da Nova Esperança	Pça. Marly Sarney, s/n, Vila Esperança
Unidade de Saúde da Família Vila Sarney	BR 15, s/n, Vila Sarney.
Unidade de Saúde da Família Coqueiro	Estrada Coqueiro, s/n, Coqueiro.
ASSISTÊNCIA SOCIAL CRAS/CREAS	ENDEREÇO
CRAS Estiva	Rua do Posto Médico, nº 2000, Estiva
CRAS Maracanã	Rua Tomaz Soares, nº 06, Vila Esperança
EDUCAÇÃO / ESCOLAS / PROGRAMA EJAI	ENDEREÇO
Unidade de Educação Básica Zuleide Andrade*	BR 135, Estrada do Maracujá, nº 13.
Unidade de Educação Básica Salomão Fiquene*	Rua Santo Antonio, nº 100, Tibiri.
Unidade de Educação Básica Major Augusto Mochel*	Rua Principal, nº 2000, Maracanã.
Unidade de Educação Básica José Gonçalves do Amaral Raposo*	Rua da Estação, nº 100, Pedrinhas.
Unidade de Educação Básica Uruati*	BR 135, Km 08, Entrada do Quebra Pote, Pov. Ananandiba.
OUTROS ÓRGÃOS PÚBLICOS	ENDEREÇO
VIVA CIDADÃO – Terminal BR 135	BR 135, nº 7762.
SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA	ENDEREÇO
Associação Recreativa Folclórica e Cultural do Maracanã*	Rua da Igreja, nº 99, Maracanã.
Associação Nossa Senhora de Nazaré em Defesa às Crianças Carentes do Tibirizinho*	Rua Principal, nº 84, Tibirizinho.
União de Moradores do Bairro de Pedrinhas*	Rua da Piçarra, nº 01, Pedrinhas.

*Órgãos e Serviços Públicos com atendimento especializado a pessoa idosa.

Fonte: Elaborado pelo autor.

6 DISCUSSÃO

6.1 Aspectos sociodemográficos

O Distrito Sanitário da Vila Esperança, embora seja o maior DS em extensão territorial com 200 km², apresenta a menor densidade demográfica entre os distritos do município de São Luís – MA e é onde residem o menor número de idosos (7.551) do município de São Luís, do sexo feminino, de cor parda e faixa etária predominante de 60 a 69 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Vale ressaltar que entre os anos de 2000 e 2010, com o aumento da população deste DS, houve um crescimento da população idosa, que antes era de 1.272, passando a ser 7.551 idosos, isto corrobora com os dados apresentados pelo Censo do IBGE de 2010, que diz que a tendência de envelhecimento da população brasileira, é fruto da taxa de fecundidade reduzida e do aumento da expectativa de vida no país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Sobre sociodemografia dos idosos com o predomínio do sexo feminino, retratando a feminização da velhice, evento crescente no Brasil. E o predomínio da cor parda e preta, no estudo de Oliveira et al, 2016, a população estudada foi representada com 8,33% de idosos miscigenados, retratando bem o processo de miscigenação da população maranhense, onde o Estado ocupa no ranking nacional a 2^a posição da população afrodescendente (KLEIN et al., 2014; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017a). A faixa etária significativa de 60-69 anos, reforça ainda mais o perfil dos idosos brasileiros e denota que estes apresentam maior nível de independência e autonomia em desenvolver suas atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, corroborando com o estudo de Caldas, Carvalho e Almas (2016), que demonstrou que nessa faixa etária os idosos não possuem nenhuma ou leve alteração da capacidade funcional.

Este resultado é relevante, pois permite a reflexão de que o idoso tem condições funcionais adequadas para manter-se de forma autônoma e independente, preservando a execução das atividades cotidianas. Contudo, é uma faixa etária que requer muita atenção devido ao acometimento e/ou comprometimento das doenças crônicas degenerativas, o que torna mais frequente as internações hospitalares dos idosos nessa faixa etária (ALMEIDA, 2015).

Sobre dos dados de analfabetismo do Distrito Sanitário da Vila Esperança (abaixo de 5,3) que supera a média da capital, São Luís (4,67) e abaixo da média nacional (8,7), as

desigualdades provenientes das nossas origens ainda resistem, mesmo com a evolução das últimas décadas (INSTITUTO DE CIDADANIA EMPRESARIAL DO MARANHÃO, 2017). Desta forma, pensa-se que a falta de oportunidades de acesso às escolas nas décadas anteriores, seja um dos fatores relevantes para essa realidade, principalmente entre os idosos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002). Pensa-se ainda, que pelas características geográficas do DS e características populacional e cultural dos idosos, onde, no Distrito, existe um predomínio de regiões vegetação de várzea, com rios e igarapés, contribuiu fortemente para que a população oriunda de municípios da baixada maranhense, em meados da década de 30, se interessassem mais ela cultura de subsistência e integrando os cultivos da juçara e babaçu e criação de gados ou ainda na construção da ferrovia São Luís-Teresina, em meados da década de 40 (MARANHÃO, 2018).

Quanto a renda, a principal dos idosos é a aposentadoria, de até 1 (um) salário mínimo, confirmado no levantamento da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), onde 77,4% dos idosos brasileiros apresentam a mesma fonte de renda. Ressaltamos ainda, uma parte significativa da população do distrito (59% a 60,8%) possui renda considerada baixa, possivelmente essas pessoas possuem condições estruturais prejudicadas, o que está diretamente ligada ao envelhecimento não saudável (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017a). Ademais a associação entre baixa escolaridade e baixa renda, traz comprometimento na qualidade de vida e agrava as condições clínicas dos idosos, repercutindo no aumento da procura dos serviços de saúde e assistência social (DALSENTER; MATOS, 2009).

A situação geográfica associada com a extrema pobreza no DS Vila Esperança (5,07%) pode ser explicada por um misto de desordem, onde o DS, predominantemente rural, possui 1.831 hectares de área de preservação ambiental (Área de Proteção Ambiental da Região do Maracanã) e por apresentar a maior concentração de empresas e indústrias do município de São Luís a exemplo das empresas de bebidas e alimentos, produtos químicos e de extração de minérios, provocando um grande impacto ambiental na região, refletindo em baixa densidade demográfica quando comparada a outros distritos sanitários, crescimento demográfico sem planejamento e com domicílios desprovidos de infraestrutura e ordenamento urbanístico adequado. Macêdo (2012) ressalta que, a distribuição de forma heterogênea, concentrada em determinadas áreas e vazios demográficos em outras, refleti em vários indicadores sociais e ambientais de forma negativa, principalmente no que tange a oferta de emprego, constituição de renda fixa e falta de saneamento básico.

6.2 Aspectos sanitários

Quanto as características sanitárias no ano de 2010 o DS Vila Esperança teve seu número de domicílios aumentado em aproximadamente quatro vezes em relação ao ano de 2000, totalizando em 22.701, porém sua cobertura geral de abastecimento de água foi de 44%, o que indica que não houve relação proporcional da mesma com o crescimento da população deste distrito. Em 2010 o uso da rede pública de esgoto no DS da Vila Esperança apresentou um número ainda menor que em 2000, que foi de 5%. A forma mais utilizada se manteve através de fossas com 73%. Levando em consideração que seu número de domicílios aumentou expressivamente e não houve acréscimo ou mudança da rede pública de esgoto (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Ainda assim, no contexto geral do município de São Luís, o sistema de abastecimento de água atende precariamente a 80% da população e a rede coletora de esgoto é 30%, mesmo com as ações de melhoria e duplicação da rede do sistema. A coleta de lixo domiciliar é precária atendendo somente a 70% da população. Esta quando existente não constitui serviço permanente e acarreta consequências no quadro epidemiológico das comunidades de baixa renda que vivem próximas aos lixões, contribuindo para a proliferação de doenças infecto parasitárias (MACÊDO, 2012).

Em linhas gerais os serviços de abastecimento de água e rede coletora de esgotos deveriam ter uma proporcionalidade na oferta, o que não acontece no DS da Vila Esperança. Essa incompatibilidade de oferta pode gerar agravos a saúde para a população de um modo geral e principalmente para aos idosos, observa-se ainda, a pior assistência sanitária da empresa de saneamento básico do município (MARTINS, 2016).

Convém ressaltar que o saneamento básico é considerado uma das ações mais importantes na garantia da saúde coletiva – por ser uma ação composta pelo abastecimento de água, esgotamento sanitário, drenagem urbana, limpeza urbana e tratamento de lixo – que em conjunto garantem a preservação do ambiente e melhora a condição de vida populacional, principalmente dos idosos (MARQUES, 2018).

6.3 Mapeamento da Rede

Os serviços de mapeamento da rede são adotados para superar o modelo burocrático e hierárquico, levando em consideração a complexidade das questões sociais de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organizações não

governamentais e de fortalecimento do conflito público e social, além de permitir a identificação das lacunas na distribuição dos serviços (MENDES, 2011).

No mapeamento do distrito sanitário da Vila Esperança, quando comparado a outros distritos, constatou-se uma rede de atenção inferior quanto a órgãos e serviços públicos, além de fragmentada e desprovida de serviços à saúde direcionados à pessoa idosa, o que tem gerado a migração de idosos residentes à outras localidades. Ressalta-se que não há comunicação entre os serviços e membros da rede.

Devido à alteração do contexto familiar e social em que o idoso está inserido, há uma demanda em aumentar o espectro de apoio, exigindo a participação de diversos setores e organizações da sociedade para atender as necessidades dos idosos (MOTA et al., 2010). É perceptível a necessidade de uma rede de atenção que possa conter assistência protetionista de eventos prejudiciais, ações de saúde em forma de informações e recursos e acessos a seus direitos (BRITO; COSTA; PAVARINI, 2012).

Ressalta-se que a Rede de Atenção à Saúde não apresenta serviços voltados a pessoa idosa, assim como observado por Mota et al. (2010) e Caldas, Carvalho e Almas (2016) em suas pesquisas, principalmente quando se fala do número de equipes da Estratégia Saúde da Família insuficiente para atender toda a demanda do distrito, uma vez que cada equipe realiza o atendimento à 4.000 usuários apenas.

O distrito é contemplado por 13 unidades de saúde, todos da gestão municipal, que trabalham com complexidade majoritariamente de atenção primária para a população em geral, estas apresentam somente 17 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) cadastradas para uma população de 10.000 habitantes, em que nenhuma Unidade Básica de Saúde (UBS) e Centros de Saúde existentes realizam atendimento especializado à pessoa idosa. O distrito apresenta um deficit de 23 equipes da ESF, se tomarmos como base o cálculo de quantidade de equipes por habitantes proposto pelo Ministério da Saúde (MS) (SÃO LUÍS, 2016).

O acesso aos serviços de saúde funciona como indicador de qualidade e resolubilidade, determinante de relevância para o cumprimento do tratamento indicado, e a falta de acesso aos níveis mais complexos de atendimento é uma causa frequente de retorno de pacientes aos serviços de saúde com problemas recorrentes (MENDES, 2011).

Para o Ministério da Saúde, o atendimento a idoso é questão prioritária na saúde pública, visto que esta é uma faixa etária onde tende a haver uma diminuição da capacidade funcional e também por que este é um grupo crescente na população brasileira.

A despeito da oferta e demanda de serviços no distrito, verificou-se existência de barreiras de acesso relacionadas à presença de áreas com elevadas densidades demográficas

localizadas distantes das UBS, assim como à proximidade de UBSs, sugerindo distribuição geográfica inadequada (LOPES, 2016). Segundo Oliveira e D'Elboux (2012), a demanda elevada para uma unidade de saúde sobrecarrega os profissionais que frequentemente atendem muitas pessoas e prejudica os usuários que muitas vezes não conseguem consultas/atendimento ou, se conseguem, nem sempre é de qualidade.

Mendes (2010) sugere a necessidade de um sistema que tenha a atenção primária como coordenadora dos outros serviços de saúde, demonstrando que os serviços de saúde representam um meio de acesso universal, principalmente para as pessoas com menor grau de funcionalidade ou restrição. Viana et al. (2013), destaca como exemplo para esse acesso, a visita domiciliar.

Na atual circunstância há unidades de saúde que atendem quase o dobro da população preconizada, as equipes de saúde estão incompletas, já que faltam médicos, dentistas, agentes comunitários de saúde (ACS), profissionais de enfermagem e profissionais da assistência farmacêutica. Há dificuldade de fixação de profissionais devido à sobrecarga de demanda, entre outras razões (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Na prática assistencial, vivencia-se filas de espera, demanda excessiva de trabalho, incapacidade do sistema para atender às necessidades básicas de saúde. Todos esses desafios interferem diretamente na capacidade dos trabalhadores para realizar uma assistência integral e de qualidade.

Em relação aos serviços de assistência social governamentais, pontua-se a existência de dois (02) Centro de Referência de Assistência Social e nenhum Centro de Referência Especializado de Assistência Social, o que se torna prejudicial no âmbito social, familiar e pela ausência de atendimento especializado para a população idosa (ALVARENGA et al., 2011).

A Lei nº 12.435, de 06 de julho de 2011, no artigo 6º C, inciso 3, denota que as proteções sociais, básica e especial, devem ser ofertadas principalmente pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Ressalta-se que ambos são unidades públicas estatais descentralizadas da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e sua atuação advém do Sistema Único de Assistência Social, devido sua capilaridade nos territórios e são responsáveis pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social, incluindo-se nesse parâmetro os idosos (BRASIL, 2011).

A inserção de um CRAS na comunidade e nas histórias das famílias possibilita uma intervenção, pois assim seria possível compartilhar as relações familiares, conhecer as dificuldades enfrentadas por elas no cotidiano e promover atividades de reflexão que

proporcionam bem-estar, apoio emocional e instrumental e melhoria da qualidade de vida do bairro (BIF, 2010). Já o CREAS oferece serviços especializados e continuados a famílias de indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos (violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas).

No tocante aos serviços de educação, as escolas da Rede Municipal de Educação oferecem o Programa de Educação de Jovens Adultos e Idosos e isso demonstra a importância da utilização de outros espaços públicos em prol da coletividade. Tal programa visa reduzir a taxa de analfabetismo entre os idosos, como uma perspectiva de modificar o estilo de vida e facilitar do acesso aos direitos contidos no estatuto do idoso (CALDAS; CARVALHO; ALMAS, 2016).

Tal recurso é de fundamental importância para melhoria do estilo e qualidade de vida dos idosos, uma vez que o município de São Luís ainda apresenta alta taxa de analfabetismo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017a).

Nesse sentido, a EJAI é definida no parecer como uma dívida social não reparada para com os que não tiveram acesso ao domínio da escrita e leitura como bens sociais, seja na escola ou fora dela. O Parecer CNE/CEB nº 11/2000, do Conselho Nacional de Educação (CNE)/Câmara de Educação Básica (CEB), afirma que ser privado deste acesso é, de fato, a perda de um instrumento imprescindível para uma presença significativa na convivência social contemporânea (BRASIL, 2000).

Em relação aos serviços prestados pela Sociedade Civil Organizada (SCO), o distrito apresenta três (3) entidades que atuam junto à pessoa idosa, logo se percebe uma carência de atividades desenvolvidas pela SCO para com os idosos, que tem um papel fundamental na reivindicação dos direitos sociais, na construção e efetivação das políticas públicas voltadas à população idosa, promovendo ações através de artesanato, aula de teatro, violão, caminhada orientada e ginástica e capacitações, ações também relatadas na pesquisa de Caldas, Carvalho e Almas (2016). Essas atividades são meio de troca de conhecimento e cooperação entre os participantes, o que ajuda a inserir a pessoa idosa na sociedade, melhorando a sua atuação perante a comunidade e tendo como consequência a melhor qualidade de vida.

As entidades da Sociedade Civil Organizada que fornecem ações através de artesanato, aula de teatro, aula de violão, caminhada orientada e ginástica para a comunidade e cursos específicos para idosos, também são descritas no estudo de Caldas, Carvalho e Almas (2016).

Os integrantes destas ações na Sociedade Civil Organizada, que podem ser individuais ou coletivas, proporcionam alterações nas situações do cotidiano e na realidade social. Caberia ao Estado à manutenção dessa rede de atenção, sendo os serviços voluntários apenas um suporte. Porém, o Estado diminui a oferta de orçamentos e funcionários destinados às políticas sociais, repassando essa incumbência para a sociedade civil (SILVA, 2006).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do Mapeamento da Rede de Atenção à Pessoa Idosa do DS Vila Esperança, sugere-se a necessidade de melhoria dos serviços oferecidos à pessoa idosa, principalmente no que tange a saúde, segurança pública e infraestrutura, somente assim, as necessidades específicas dos idosos poderão ser supridas de forma digna, conforme o determinado na Política Nacional da Pessoa Idosa (PNSPI).

O distrito carece de diversos serviços, e ainda não possui atendimento especializado aos idosos. Os serviços disponibilizados pelos centros e unidades de saúde são pautados na morbidade, não fazendo vista à saúde preventiva, na maioria das vezes. A especificidade dos serviços pode ser percebida apenas nas ações que são oferecidas pelos órgãos da Sociedade Civil Organizada, que desenvolvem atividades envolvendo passeios, palestras, capacitações, oficinas e etc. Tudo isso leva ao entendimento de que o serviço oferecido ao idoso de forma específica é pouco ou até mesmo quase inexistente, mostrando o quanto a rede de atenção à pessoa idosa é fragmentada.

Outro fator importante a ser salientado, é que o idoso residente do distrito, se vê na necessidade de migrar para outros distritos que ofertem serviços especializados, então, entende-se que com a reestruturação da rede, muitos problemas seriam sanados, principalmente na área da saúde.

Por todos os aspectos, ainda visualiza-se a ineficácia das políticas voltadas à pessoa idosa no distrito sanitário Vila Esperança, o que se torna grave quando a projeção de crescimento dessa parcela populacional é de aumento e não de redução, ademais parece haver desconexão entre serviços e órgãos públicos para a realização de atividades afinadas com a necessidade da população idosa.

É preciso lembrar que envelhecer repercute diretamente em todas as políticas, redimensionando demandas, anseios dos vários grupos etários e são imprescindíveis estudos futuros para reforçar propostas de mudanças na forma de execução das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S.de. **Distritos sanitários: concepção e organização**. São Paulo: FSP/USP, 2015.

ALVARENGA, M. R. M. et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2603-2611, maio 2011.

BARBOSA, A. R. A. F. **A importância do conhecimento em administração para a prática profissional do corpo de enfermagem do Programa Saúde da Família do Distrito Sanitário V - Campina Grande - PB**. 2014. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Administração) – Universidade Estadual da Paraíba, Alagoas, 2014.

BIF, F. S. **CRAS - Centro de Referência de Assistência Social**. Criciúma: UNESC, 2010.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 3 de out. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2003/lei-10741-1-outubro-2003-497511-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 10 maio 2019.

_____. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei 8.742 que dispõe sobre a organização da Assistência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jul. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm>. Acesso em: 10 jun. 2019.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CEB nº 11, de 10 de maio de 2000. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação de Jovens e Adultos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 19 jul. 2000. Disponível em: <http://confinteabramais6.mec.gov.br/images/documentos/parecer_CNE_CEB_11_2000.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 12 de abril de 2002. Cria mecanismos para a organização e implantação de redes estaduais de assistência à saúde do idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 abr. 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 249, de 16 de abril de 2002. Aprova as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral: XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**. Brasília, DF, 2014.

BRITO, T. R. P.; COSTA, R. S.; PAVARINI, S. C. L. Idosos com alteração cognitiva em contexto de pobreza: estudando a rede de apoio social. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 906-913, 2012.

CALDAS, M. A. J.; CARVALHO, E. R. P.; ALMAS, J. L. Identificação da população idosa restrita ao domicílio e mapeamento da rede de atenção ao idoso na Zona Norte de Juiz de Fora. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v. 3, n. 6, 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 2017.

_____. **Envelhecimento da população brasileira**: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA, 2002. (Texto para Discussão, 883).

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15876.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2019.

DALSENTER, C. A.; MATOS, F. M. Percepção da qualidade de vida em idosos institucionalizados da Cidade de Blumenau (SC). **Dynamis Revista TecnoCientífica**, Blumenau, v. 15, n. 2, p. 32-37, 2009. Disponível em: <<http://proxy.furb.br/ojs/index.php/dynamis/article/view/1385/1239>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

FALEIROS, V. P. Envelhecimento no Brasil do Século XXI: transições e desafios. **Argumentum**, Vitória, v. 6, n. 1, p. 6-21, 2014.

FERRAZ, I. M. T. de A. **Vivências de idosos inseridos no programa de saúde da família**. 2010. 86 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

FLEURY, S.; OUVÉRY, A. M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 407-412, 2010.

FRENK, J. **Bridging the divide**: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health, 2006. Disponível em: <https://www.who.int/social_determinants/resources/frenk.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Envelhecimento no século XXI**: celebração e desafio. Nova York, 2012.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 16, p. 493-545.

GONDIM, G. M. M. et al. **O território da saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2017.

GONDIM, M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, C. et al. (Orgs.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE**. 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em 12 de abr. 2016.

_____. **Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS)**. 2002. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9067-pesquisa-de-assistencia-medico-sanitaria.html?edicao=17212&t=sobre>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: características gerais dos moradores 2012-2016 e características gerais dos municípios 2016**. 2017a. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/a7d023687b221aafb0364f56cad94367.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2018.

INSTITUTO DE CIDADANIA EMPRESARIAL DO MARANHÃO. **Indicadores sociais de São Luís**. 2017b. Disponível em: <http://www.icema.org.br/wp-content/uploads/2017/06/Indicadores-Sociais-de-S%C3%A3oLu%C3%ADs_2017.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2018.

KLEIN, S. R. et.al. Caracterização de idosos etilistas de um município no interior do Rio Grande do Sul. **Revista Digital**, Buenos Aires, ano 19, n. 193. jun. 2014. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd193/caracterizacao-de-idosos-etilistas.htm>>. Acesso em: 31 maio 2018.

LEBRÃO, M. L. Envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.

LIMA, R. de A.; SARDINHA, A. H. de L. **Mapeamento da rede de atenção à pessoa idosa: guia de informações e orientações úteis**. São Luís: Edufma, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/937/1/Mapeamento%20da%20Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Pessoa%20Idosa.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

LOPES, E. J. **Análise espacial das Unidades Básicas de Saúde: identificando barreiras no acesso**. 2016. 90 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

MACÊDO, L. A. A. Metropolização na ilha de São Luís e seus impactos sanitários e ambientais. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 16, p. 1-11, ago. 2012.

MARANHÃO. Secretaria de Estado do Meio Ambiente e Recursos Naturais. **SEMA**. Disponível em: <<https://www.sema.ma.gov.br>>. Acesso em: 29 de maio de 2019.

MARQUES, M. C. P. **Mapeamento da Rede de Atenção à Pessoa Idosa no Distrito Sanitário Tirirical do Município de São Luís – MA**. 2018. 60 f. Monografia (Graduação) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

MARTINS, E. S. **Análise espacial dos idosos cadastrados pela estratégia de saúde da família em São Luís-MA**. 2016. 71 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Federal do Maranhão, 2016.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05>>. Acesso em: 30 maio 2017.

_____. **Uma nova agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

MOTA, F. R. N. et al. Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 833-838, out./dez. 2010.

OLIVEIRA, C. O.; D'ELBOUX, M. J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 5, p. 829-838, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Envelhecimento_ativo_uma_politica_de_saude_/362>. Acesso em: 5 maio 2019.

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, DC: OPS, 2010. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas, 4). Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31323>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

PODOLNY, J. M.; PAGE, K. L. Network forms of organization. **Annual Review of Sociology**, Palo Alto, v. 24, p. 57-76, 1998.

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. **Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

SÃO LUÍS. Prefeitura Municipal. **Implantação da gestão estratégica orientada para resultados na prefeitura de São Luís: cenários para São Luís no período de 2013 a 2033.** São Luís, 2013.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Superintendência de Controle, Avaliação e Auditoria.** 2016. Disponível em: <https://www.saoluis.ma.gov.br/subportal_subpagina.asp?site=1251>. Acesso em: 28 fev. 2018.

SILVA, C. N. Igreja católica, assistência social e caridade: aproximações e divergências. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 15, p. 326-351, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n15/a12v8n15.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

TEXEIRA, S. M. F. **O desafio da gestão das redes de políticas.** Lisboa, 2002. Disponível em: <<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad004204.pdf>>. Acesso em: 6 abr. 2017.

VIANA, S. O. et al. Perfil dos indivíduos avaliados em domicílio pela fisioterapia nas unidades básicas de saúde de Betim. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 16, n. 3, p. 278-286, jul./set. 2013.

WATANABE, H. A. W.; GIOVANNI, V. M. di. Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). **Boletim Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 47, p. 69-71, abr. 2009. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_n47.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ageing.** 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/en/>>. Acesso em: 29 maio 2019.

_____. **World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs.** 2016. Disponível em: <https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/>. Acesso em: 29 maio 2019.

APÊNDICES

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO SEMIESTRUTURADO
DIRECIONADO À 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: () <i>Entidade Organizativa de Bairro (especificar)</i> () <i>Escola</i> () <i>Hospital</i> () <i>Clínica</i> () <i>Abrigo</i> () <i>Outras (especificar)</i>	
Convênio com alguma outra organização () <i>Governamental</i> () <i>Não Governamental</i> () <i>Nenhuma</i> <i>Qual(ais)?</i>	
Trabalho de auto-sustentável () <i>SIM</i> () <i>NÃO</i> <i>Caso SIM, qual(ais)?</i>	

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

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)**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 melhora 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 à assistência que venho recebendo.

É 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. Terá também 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 impressão 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 do 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 já 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 capacitados

Assinatura Pesquisador Responsável

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO 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 B - AUTORIZAÇÃO PARA O INÍCIO 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**

A U T O R I Z A Ç Ã O

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 C – AUTORIZAÇÃO PARA O INÍCIO 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, estagioses@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 Jansem 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 das Unidades Estaduais de Saúde.

O projeto foi julgado pelo CEP do(a) 0271491/2016 que emitiu parecer substanciado 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 Griseida Castro Viégas
Atendente
Matrícula: 2594179

Cynthia Griseida Castro Viégas

Coordenação de Estágio e Pesquisa da SES

ANEXO D – PARECER DO COLEGIADO DE 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 a pessoa idosa do distrito sanitário Vila Esperança no município de São Luís.
2. **ALUNO(A):** Rafael Luís da Rocha Júnior
3. **ORIENTADOR(A):** Prof^o Me. Rafael de Abreu Lima
4. **INTRODUÇÃO:** Há uma boa contextualização do tema. As referências estão atualizadas e está presente a relevância do trabalho.
5. **JUSTIFICATIVA:** Há uma boa contextualização do tema. As referências estão atualizadas e está presente a relevância do trabalho.
6. **OBJETIVOS**
Estão de acordo.
7. **PROCESSO METODOLÓGICO**
A metodologia está adequada.
8. **CRONOGRAMA**
Adequado.
9. **TERMO DE CONSENTIMENTO**
Adequado. Já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.
10. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA**
Adequado.
11. **CONCLUSÃO DO PARECER:** Projeto aprovado.

São Luís, 06/09/2017.

JEANINE BRONDANI
 ENFERMEIRA
 CPF: 164541
 JEANINE BRONDANI
 Professor relator
 Ma. Jeanine Porto Brondani

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 6/9/2017
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em / /
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / /

Jeanine Porto Brondani