



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL- UFFS
CAMPUS CHAPECÓ/ SC
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CHEILA DE PICOLI

**A REDE DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL:
UMA ANÁLISE DOS SERVIÇOS PARA IDOSOS EM CHAPECÓ/SC**

CHAPECÓ

2014

CHEILA DE PICOLI

**A REDE DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL:
UMA ANÁLISE DOS SERVIÇOS PARA IDOSOS EM CHAPECÓ/SC**

Trabalho apresentado a Disciplina de TCCII do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, como requisito final para obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem.

Profa. Orientadora: Adriana Remião Luzardo

CHAPECÓ

2014

DGI/DGCI - Divisão de Gestão de Conhecimento e Inovação

Picoli, Cheila de

A REDE DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: UMA ANÁLISE
DOS SERVIÇOS PARA IDOSOS EM CHAPECÓ/SC/ Cheila de
Picoli. -- 2014.

102 f.

Orientadora: Adriana Remião Luzardo.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Enfermagem , Chapecó, SC, 2014.

1. Idosos. 2. Serviços de Saúde. 3. Serviços de
Assistência Social. 4. Políticas Públicas de Saúde. 5.
Enfermagem. I. Luzardo, Adriana Remião, orient. II.
Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

CHEILA DE PICOLI

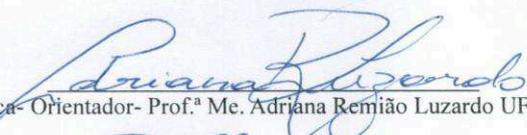
**A REDE DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: CONHECENDO OS
SERVIÇOS PARA IDOSOS EM CHAPECÓ/SC**

Trabalho apresentado a Disciplina de TCCII do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, como requisito final para obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem.

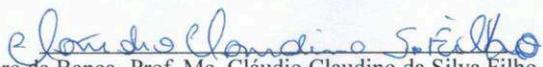
Orientador: Adriana Remião Luzardo

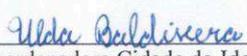
Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em: 12 / 12 / 2014

BANCA EXAMINADORA:


Presidente da Banca- Orientador- Prof.^a Me. Adriana Remião Luzardo UFFS


Membro da Banca- Prof.^a Me. Daniela Savi Geremia UFFS


Membro da Banca- Prof. Me. Cláudio Claudino da Silva Filho


Membro Suplente- Coordenadora Cidade do Idoso Ulda Baldissera

Dedico este trabalho aos meus pais Ivonilde e Celito, e ao meu irmão Juliano, pelo amor, compreensão, paciência e incentivo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela proteção e iluminação na minha vida e caminhada. Por ter me permitido alcançar essa grande meta, e muitas outras que estão por vir.

A Universidade Federal da Fronteira Sul, pelo ensino de qualidade e gratuito.

A todos os professores do colegiado do curso de graduação em Enfermagem da UFFS, que fizeram parte de minha formação.

Aos meus tios Ivaldir e Maria Loreni, por me acolherem e apoiarem durante todo o período de estudo, e ao meu primo Andersson pelo apoio e carinho.

A minha professora orientadora e amiga, Adriana Remião Luzardo por ser um grande exemplo tanto pessoal, como profissional. Pela construção conjunta da pesquisa, por me mostrar o amor, competência e reflexão que devemos ter ao prestar a assistência aos usuários e por me mostrar seu belo trabalho com as pessoas idosas em especial.

A Secretaria de Assistência Social de Chapecó, e a Secretaria de Saúde de Chapecó, e a todos os coordenadores de serviços, principalmente a coordenadora da Cidade do Idoso Ulda Baldissera e a coordenadora de Proteção Social Básica do município Cristiane, pela abertura do espaço, auxílio na coleta dos dados e contribuições com a pesquisa.

Aos meus amigos e colegas de turma, em especial para: Cristal, Débora, Ana Paula, Tamara, Maria Eduarda, Célia e Mayra, pela compreensão e amizade que tornaram meus dias mais felizes.

Aos idosos que passaram pela minha vida e que de alguma forma tocaram meu coração e me fizeram interessar-me pela assistência aos mesmos.

“A idade não é decisiva; o que é decisivo é a inflexibilidade em ver as realidades da vida, e a capacidade de enfrentar essas realidades e corresponder a elas interiormente” (Max Weber).

RESUMO

Com o crescente aumento da expectativa de vida da população nas últimas décadas, as pessoas dos países desenvolvidos e emergentes passaram de um perfil jovem para um perfil de população mais velha, onde têm predominado questões de saúde de longa duração e relevantes necessidades e demandas sociais. Com isso, entende-se que a população idosa demanda especial atenção dos gestores pela necessidade de investimentos por meio de políticas públicas eficazes e complementares entre os diferentes níveis de atenção tanto no setor saúde, quanto na assistência social. Dessa forma, este estudo teve como objetivos conhecer os serviços de saúde e assistência social voltados a população idosa do município de Chapecó/SC, além de identificar geograficamente todos os serviços encontrados da rede de serviços das secretarias municipais de saúde (SESAU) e assistência social (SEASC), procurando entender como é a articulação dos serviços, como se articulam entre si e como funcionam diante das ações propostas e executadas por eles a partir da análise de documentos. Utilizou-se uma abordagem qualitativa para realização de uma pesquisa exploratória descritiva do tipo documental e também telematizada em sites da internet, no sentido de levantar as normativas, diretrizes existentes e preconizadas oficialmente para atenção à pessoa idosa. Em seguida foi feita coleta e análise de documentos utilizados por esses serviços, os quais foram analisados sob a perspectiva do Estatuto do Idoso e que foram analisados por categorias, conforme orienta Bardin. Foi possível relacionar os documentos em 04 (quatro) categorias, tais como: “Direitos”, “Diretrizes”, “Programas/Protocolos” e “Estímulo de Hábitos Saudáveis”. A busca dos documentos serviu para o conhecimento das políticas, normas e diretrizes que os serviços de saúde e de assistência social têm adotado como apoio teórico até o momento da coleta em campo. Identificou-se que os serviços tanto de saúde como de assistência social estão bem distribuídos pelo território municipal, porém se percebeu que esses serviços orientam suas ações de forma fragmentada entre si.

Palavras- Chave: Idosos. Serviços de saúde. Serviços de assistência social. Políticas públicas de saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

With the increasing life expectancy of the population in recent decades, people in developed and emerging countries have a young profile for an older population profile, which have predominated health issues and relevant long-term needs and social demands. Thus, it is understood that the elderly demand special attention of managers the need for investment through effective and complementary policies between different levels of care both in the health sector, as in foster care. Thus, this study aims to identify the health and social care services aimed at the elderly population in the city of Chapecó/SC , and geotag all services found the network of local health departments services (SESAU) and social assistance (SEASC), trying to understand how the articulation of services, such as hang together and how they work on the actions proposed and implemented by them from the analysis of documents. We used a qualitative approach to conducting a descriptive exploratory study of documentary type and also telematic on websites, in lifting the regulations, existing and recommended guidelines for official attention to the elderly. Next was made collection and analysis of documents used for these services, which were analyzed from the perspective of the Statute of the Elderly and were analyzed by categories as guides Bardin. It was possible to relate the documents in 04 (four) categories such as: "Rights", "Guidelines", "Programs/Protocols" and "Encouraging Healthy Habits". The search for documents served to the knowledge of the policies, standards and guidelines that health services and social services have adopted as theoretical support to date in the field collection. It was found that both the health services and social assistance are well distributed throughout the municipality, but it was realized that these services guide their actions in a piecemeal fashion with each other.

Keywords: Elderly. Health services. Social care services. Public health policies. Nursing.

LISTA DE SIGLAS

ACS	-	Agentes Comunitários de Saúde
APS	-	Atenção Primária de Saúde
BPC	-	Benefício da Prestação Continuada
CAD Único	-	Cadastro Único
CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	-	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CCI	-	Centro de Convivência do Idoso
CEO	-	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	-	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIS	-	Centro Integrado de Saúde
CNDI	-	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
CNDPI	-	Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAS	-	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	-	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
CRESM	-	Centro de Referência em Saúde Municipal
CS	-	Centro de Saúde
CSF	-	Centro de Saúde da Família
CTA	-	Centro de Aconselhamento e Testagem
DATASUS	-	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DANT	-	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DECS	-	Descritores em Saúde
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
FASC	-	Fundação de Ação Social de Chapecó
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	-	Instituto de Longa Permanência para Idosos
LILACS	-	Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOAS	-	Lei Orgânica de Assistência Social
HRO	-	Hospital Regional do Oeste
MDS	-	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS	-	Ministério da Saúde
NOAS	-	Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB/ SUAS	-	Norma Operacional Básica/ Sistema Único de Assistência Social
OG	-	Organização Governamental
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
ONG	-	Organização Não Governamental
OPAS	-	Organização Pan- Americana de Saúde
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIF	-	Proteção e Atendimento Integral à família
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	-	Política Nacional de Assistência Social
PNH	-	Política Nacional de Humanização
PNSPI	-	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	-	Programa de Saúde da Família
RAS	-	Redes de Atenção à Saúde
RIPSA	-	Rede Integrada de Informações para a Saúde
SAGE	-	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SAMU	-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAST	-	Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador
SC	-	Santa Catarina
SCIELO	-	Scientific Electronic Library Online
SDR	-	Secretaria de Desenvolvimento Regional
SEASC	-	Secretaria de Assistência Social de Chapecó
SESAU	-	Secretaria de Saúde de Chapecó
SESC	-	Serviço Social do Comércio
SILOS	-	Sistemas Locais de Saúde
SISAP	-	Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso
SUAS	-	Sistema Único de Assistência Social
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCC	-	Trabalho de Conclusão de Curso
UFFS	-	Universidade Federal da Fronteira Sul
UMIC	-	Universidade da Melhor Idade de Chapecó
UPA	-	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Serviços de Saúde – SESAU de Chapecó.....	44
Quadro 2 – Serviços de Assistência Social – SEASC de Chapecó.....	52
Quadro 3 – Políticas, normas e diretrizes SISAP Idoso.....	60
Quadro 4 – Notícias SDR Chapecó.....	65
Quadro 5 – Notícias MDS referente especificamente ao idoso.....	66
Quadro 6 – Documentos encontrados nos serviços de Saúde.....	68
Quadro 7 – Documentos encontrados nos serviços de Assistência Social.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Mortalidade de Idosos - País, Estado e Município.....	26
Tabela 2 – Atendimentos de Idosos SESAU, por estabelecimento e ano.....	48
Tabela 3 – Atendimentos de Idosos SESAU por estabelecimento e ano (continuação).....	49

LISTA DE IMAGENS

Figura 1 – População Residente, por Sexo e Idade.....	25
Figura 2 – Organograma dos serviços da Secretaria Assistência Social.....	50
Figura 3 – Fluxograma dos serviços de assistência ao idoso – Secretaria de Assistência Social.....	51
Figura 4 – Identificação dos serviços de saúde e de assistência social.....	55
Figura 5 – Identificação dos serviços de assistência social de Chapecó.....	55
Figura 6 – Serviços de saúde de Chapecó.....	56
Figura 7 – Políticas Públicas: Linha do Tempo pela Pesquisa Telematizada.....	60
Figura 8 – Categorização das Políticas: o auxílio da análise documental.....	75

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 OBJETIVOS.....	23
2.1 OBJETIVO GERAL.....	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	24
3.1 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO.....	24
3.2 REDE DE SERVIÇOS E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....	27
3.2.1 Atenção Primária à Saúde.....	28
3.2.2 Atenção Secundária.....	28
3.2.3 Atenção Terciária.....	30
3.3 REDE DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	31
3.3.1 Proteção Social Básica.....	31
3.3.2 Proteção Social Especial.....	31
3.3.3 Proteção Social Especial de Média Complexidade.....	32
3.3.4 Proteção Social Especial de Alta Complexidade.....	33
3.4 SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL: A BUSCA PELA INTEGRAÇÃO.....	34
3.5 POLÍTICAS PÚBLICAS E A PESSOA IDOSA.....	34
3.5.1 As Políticas Públicas de Saúde.....	34
3.5.2 As Políticas Públicas de Assistência Social.....	38
4 METODOLOGIA.....	40
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	40
4.2 FONTES DE ESTUDO.....	40
4.3 UNIVERSO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	41
4.4 COLETA DE DADOS.....	41
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	42
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
5.1 A COMPOSIÇÃO DAS REDES.....	44
5.1.1 Serviços de Saúde.....	44
5.1.2 Serviços de Assistência Social.....	50
5.2 O MAPA DE SERVIÇOS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	54

5.3 ATUAÇÃO DAS REDES DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL: UM OLHAR SOBRE O ESTATUTO DO IDOSO.....	59
5.3.1 Documentos Pesquisa Telematizada.....	59
5.3.2 Documentos Serviços de Saúde.....	67
5.3.3 Documentos Serviços de Assistência Social.....	69
5.3.4 O Estatuto do Idoso como Perspectiva.....	74
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICE A – Termo de Aceite e Concordância SESAU.....	96
APÊNDICE B – Termo de Aceite e Concordância SEASC.....	97
APÊNDICE C – Termo de Compromisso para Utilização de Informações.....	98
APÊNDICE D – Instrumento Coleta Dados Saúde.....	99
APÊNDICE E – Instrumento Coleta Dados Assistência Social.....	100
APÊNDICE F – Mapa.....	101

1 INTRODUÇÃO

Nos países que se encontram em processo de desenvolvimento, como o caso do Brasil, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como população idosa aquela a partir dos 60 anos de idade, e nos países já desenvolvidos esse índice sobe para 65 anos (IBGE, 2002).

O envelhecimento pode ser entendido como um processo dinâmico e progressivo, caracterizado por alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, e também por modificações psicológicas. Essas modificações determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos na população idosa (FERREIRA, 2012).

O envelhecimento, independentemente dos fatores étnicos, sociais e culturais inerentes a cada população, está associado a uma maior probabilidade de acometimento por Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT). O processo de envelhecimento envolve alterações desde o nível molecular, passando pelo morfofisiológico até o funcional. Estas alterações estão associadas à própria idade, e também se originam do acúmulo de danos, ao longo da vida, causados pela interação entre fatores genéticos e hábitos não saudáveis, como uma dieta desbalanceada, tabagismo, etilismo e sedentarismo (GOTTLIEB, 2011).

Em 2012 o Brasil possuía uma população de 193.976.530 habitantes, dos quais 20.889.849 eram idosos, o que representava um total de 10,7% da população. O estado de Santa Catarina conta com uma população de 6.383.286 habitantes, sendo 670.028 de idosos, abrangendo cerca de 10,4% dos habitantes. Já no oeste catarinense, no município de Chapecó residem um total de 189.052 habitantes, sendo que destes, 15.758 pessoas têm 60 anos e mais, abrangendo então cerca de 8,3% da população (DATASUS, 2014).

O envelhecimento torna-se cada vez mais presente em nossa sociedade, devido à diminuição dos números de fecundidade, além do aumento da expectativa de vida. Para o ano de 2030, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE (2006) há uma previsão de que a Esperança de Vida ao Nascer do brasileiro seja de 78,33 anos, e para o estado de Santa Catarina essa expectativa aumenta para 79,76 anos.

Sendo assim, o envelhecimento da população brasileira demanda reflexões quanto às necessidades oriundas da longevidade da população. Com isso, as redes de serviços de saúde e de assistência social oferecidos às pessoas idosas encontram-se entre os desafios cada vez mais presentes para os governos, as sociedades e as famílias. A forma de organização, o acesso a esses serviços, a qualidade dos mesmos e a efetivação das políticas públicas

preconizadas, por meio de suas diretrizes, irá influenciar significativamente no processo de viver e ser saudável de cada indivíduo.

Nesse cenário, as políticas públicas são decisões que envolvem questões de ordem pública com abrangência ampla e que visam à satisfação do interesse de uma coletividade. São de responsabilidade da autoridade formal legalmente constituída para promovê-las, mas que vem sendo cada vez mais compartilhado com a sociedade civil por meio do desenvolvimento de variados mecanismos de participação no processo decisório (CASTRO; et al. 2012).

As políticas públicas devem acompanhar as necessidades sociais e epidemiológicas das populações e ao perceber-se que a população idosa demanda decisões políticas que envolvem diversos setores sociais. A Constituição Federal de 1988 foi o primeiro documento que citou os idosos, sendo que a partir disso, políticas de direitos dos idosos passaram a figurar no cenário de democratização desde a construção do SUS. Pensando assim, as situações evidenciadas pelo envelhecimento da população brasileira exigem investimentos capazes de suprir as necessidades destes, por serem mais suscetíveis a conviver com doenças de longa duração, além dos próprios desafios impostos pelo convívio social e familiar.

Entende-se também que o envelhecimento congrega múltiplas dimensões e por essa razão gera igualmente demandas de ordem biológica, psicológica e social. Além disso, sabe-se que o idoso é um dos maiores consumidores dos serviços de saúde e também de assistência social, principalmente devido ao fato de apresentarem certo grau de fragilidade e vulnerabilidade em relação às demais faixas etárias, por conviverem longo período com condições crônicas de saúde, com seus determinantes sociais e por não serem mais ativos economicamente e muitas vezes não possuir um sistema de apoio primário, como familiares que garantam o seu cuidado.

Conforme os indicadores de saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a ampliação do número de idosos demanda uma maior utilização do sistema de saúde, consequências do maior tempo de vida e das múltiplas patologias crônicas, configurando-se como um dos grandes desafios para o sistema de saúde (IBGE, 2009). A rede de apoio ou suporte social é decisiva para o envelhecimento saudável. A capacidade de socialização e integração social é considerada fator protetor da saúde e bem estar (MORAES, 2012).

Vivenciamos há muitos anos o modelo dos serviços de saúde, organizados de forma piramidal e hierárquica. Na base da pirâmide encontra-se a atenção primária de saúde, a qual deve constituir a porta de entrada preferencial para os outros níveis de atenção mais complexos. Na parte intermediária da pirâmide estão os serviços de saúde de nível secundário,

que são os serviços ambulatoriais, de diagnóstico e terapia. No topo da pirâmide, por fim está o nível terciário, que é formado pelos hospitais de alta complexidade. Nesse modelo os serviços estariam funcionando de forma a complementarem-se um ao outro, havendo um fluxo de usuários de cima para baixo e vice-versa, por meio da referência e contra-referência (CECILIO, 1997).

A rede de serviços de saúde é organizada conforme os três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Em Chapecó, segundo o Plano Municipal de Saúde de 2010-2013, o município conta com uma infraestrutura de estabelecimentos de saúde que contempla os três níveis:

- Nível Primário - 27 Centros de Saúde da Família (CSF);
- Nível Secundário - 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 5 unidades especializadas; 3 serviços de diagnose e terapia; 5 farmácias; 1 ambulatório da Cidade do Idoso; 1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).
- Nível Terciário – conta com 1 hospital público que atende a uma grande demanda da região oeste. Além disso, a secretaria de saúde do município conta com 45 prestadores privados na contratualização de seus serviços para complementar a rede pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Os serviços oferecidos nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde encontram-se distribuídos em todo o território municipal de Chapecó. Ao observar a distribuição dos serviços, o modo de melhor visualização desses locais se dá por meio de desenhos e mapas, os quais auxiliam no reconhecimento do território pela localização de todos os serviços, bem como pela aproximação dos serviços de saúde e assistência social no município. Essa localização estrutural apóia tanto os gestores quanto os profissionais para o planejamento de novos serviços, como para usuários de acordo com as necessidades e demandas da população. Ao encontro disso, foi instituído nacionalmente em 28 de junho de 2011, o decreto nº 7.508, que conceitua Mapa da Saúde como uma descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema (BRASIL, 2011).

Outro foco de discussão relevante no cenário dessa investigação é a Rede de Serviços de Assistência Social, a qual oferece e desenvolve ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas das pessoas que dela necessitem, onde se insere a pessoa idosa. Ela é configurada em quatro níveis de atenção, sendo eles: **Proteção Social Básica**, que previne situações de risco decorrente da pobreza e fragilidade, através da potencialização de vínculos,

tanto familiares como comunitários; **Proteção Social Especial**, que entra em ação quando a pessoa vivencia a exclusão social e não conta mais com uma rede de apoio, sendo oferecido o serviço de abrigo; **Proteção Social Especial de Média Complexidade**, quando ainda há um vínculo familiar e/ou comunitário, porém os direitos da pessoa foram violados; e **Proteção Social Especial de Alta Complexidade**, onde a pessoa se encontra em situação de perigo ou ameaça, sendo assim retirado do núcleo em que vive, passando a ter proteção integral desse serviço.

Assim, ao se analisar rapidamente a organização dos serviços de saúde e assistência no território ou mapas entende-se que tanto saúde quanto assistência social seguem um modelo hierarquizado e piramidal. O modelo piramidal possui muitas fragilidades, as quais acabam dificultando a continuidade da oferta dos serviços, tendo em vista seu caráter limitador nas fronteiras entre um nível e outro.

Dessa forma, em vários momentos vividos nas práticas de saúde coletiva, durante a graduação de enfermagem, foi possível perceber pelo funcionamento dos serviços e pelos relatos dos usuários que os mesmos se relacionam com os serviços de atenção primária, muitas vezes, de forma descontinuada e descrente do seu poder de resolução, justamente por vivenciarem esses limites institucionalizados rotineiramente pela “peneira” dos níveis de atendimento. É exemplo a crença depositada na resolutividade da atenção terciária, e pelo acesso dificultado pela atenção primária ao estabelecer também barreiras ao acesso ao primeiro nível de atenção, com é o caso das situações assistidas na entrega de número limite de “fichas” observado em alguns serviços básicos de saúde, deixando de fora a busca pelos serviços oriundos de uma demanda espontânea. Sem se aprofundar na análise da relação de cuidado ainda fortemente efetivada em práticas curativas e reabilitadoras percebe-se que a população como um todo, os usuários, vivem essa relação dos limites e resolução numa espécie de relação instantânea com as práticas de saúde. Os usuários buscam resolver questões curativas e reabilitadoras, necessitando que se invista numa relação de cuidado, com resultados mais de longo prazo, que privilegie as práticas de prevenção e promoção. Os usuários querem que seu problema seja resolvido imediatamente, e muitas vezes atribuem ao profissional médico o poder de resolver todos os seus problemas, principalmente na valorização do poder médico quanto à prescrição de medicamentos.

Assim, pensar em outra forma de organização e sair do modelo piramidal para uma forma de organização que permita um “trânsito mais dinâmico e inclusivo” entre os níveis de complexidade, tanto de saúde quanto de assistência social é um desafio que vem sendo colocado para os municípios, o que não tem sido diferente com a cidade de Chapecó na

implantação das redes de atenção à saúde e na implantação do novo Sistema Único da Assistência Social (SUAS). As políticas públicas vêm estimulando essa troca de modelos de organização, porém se sabe da responsabilidade sanitária e política que cada município deve ter ao efetivar suas políticas públicas e, sobretudo de investimentos que garantam uma organização melhor da oferta de seus serviços às populações. Mudar é algo que demanda novos saberes, novos gastos, novas lutas, as quais demandam tempo, energia e muitos debates.

Com isso, entende-se que novos investimentos são necessários quando se pensa a rede de serviços de saúde e de assistência social, principalmente ao focalizar as necessidades das pessoas idosas. A integração e articulação entre as redes são identificadas pelo próprio Estatuto do Idoso. Nele está explicitada a garantia da atenção integral à saúde dos idosos, oferecendo-lhes acesso universal e igualitário. Nessa perspectiva, a assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada, com os princípios da Lei Orgânica da Assistência Social, do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 2010).

A escolha do tema deu-se pelo fato de que a pesquisadora intenciona aprofundar-se nos estudos relacionados ao envelhecimento. Assim, pretende-se dar seguimento a formação acadêmica após seu trabalho monográfico de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), o qual foi efetivado por meio da realização desta pesquisa documental.

Nesse cenário, acredita-se que essa proposta temática foi e é relevante tanto pela utilização que os profissionais de saúde podem realizar diante dos encaminhamentos a outros serviços da rede, pela referência e a contra-referência, quanto pelo encaminhamento dos profissionais de assistência social. Acredita-se também que a utilização dos dados oriundos da análise desse estudo serão relevantes porque contribuirão para auxiliar nas condutas dos profissionais, no exercício de uma prática mais integradora e otimizada dos serviços disponíveis. E para os usuários o estudo contribui para o (re)descobrimto dos direitos das pessoas idosas.

Assim, a busca por informações que evidenciassem quais serviços o município de Chapecó disponibiliza para seus idosos, e de que forma esses serviços estão funcionando atualmente, sob quais perspectivas teóricas e de políticas públicas eles atuam também são fatores de análise propostos para reflexão por meio desse estudo. De que forma os serviços, seus gestores e o processo de trabalho dos mais variados profissionais de saúde e assistência se orientam diante da operacionalização das políticas públicas.

Dessa forma, esse projeto de investigação foi elaborado no sentido de elucidar o contexto de atuação da rede de saúde e de assistência social aos idosos. Para tanto, elencaram-se as seguintes perguntas de pesquisa: *Quais são as instituições e os serviços que compõem a rede de serviços de saúde e de assistência social, voltados para o cuidado de pessoas de 60 anos e mais, no município de Chapecó/ SC? Como tem se dado a atuação desses serviços? Onde esses serviços estão localizados?*

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a rede de serviços de saúde e de assistência social, voltados para o atendimento de pessoas idosas no município de Chapecó/ SC, a partir da busca de documentos no período temporal de 2003 a 2013, desde a criação do Estatuto do Idoso.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer os serviços que compõem a rede de saúde e de assistência social, oferecidos aos idosos no município de Chapecó/SC;
- Identificar a distribuição territorial dos serviços de saúde e de assistência social, oferecidos aos idosos no município de Chapecó/ SC;
- Analisar a atuação da rede de serviços de saúde e de assistência social, oferecidas aos idosos no município de Chapecó/ SC, sob a perspectiva do Estatuto do Idoso, por meio das políticas públicas utilizadas por esses serviços.

3 REVISÃO DE LITERATURA

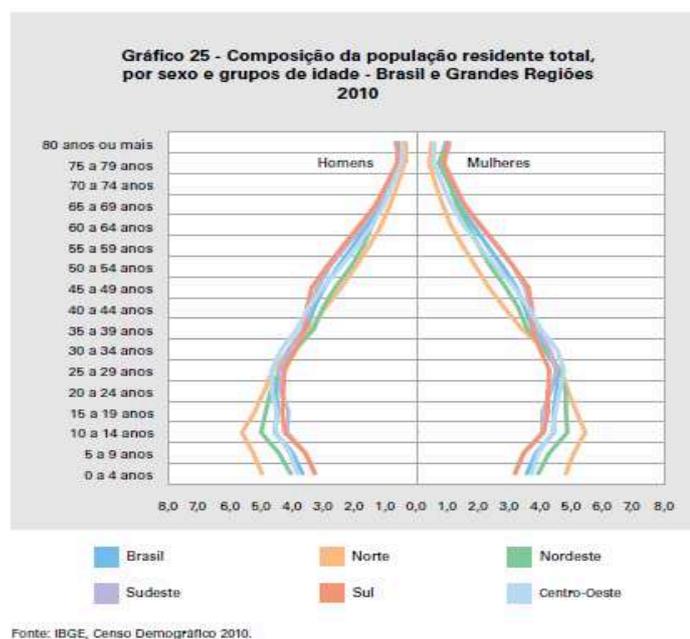
O capítulo de Revisão da Literatura fez uso da Revisão Narrativa, a qual congrega publicações amplas para descrever ou discutir o desenvolvimento de um determinado assunto e constituem da análise da literatura na interpretação e análise crítica pessoal do autor (ROTHER, 2007).

Dessa forma, apesar de a revisão narrativa apresentar um caráter de escolha pessoal de cada referência, utilizou-se a busca de artigos científicos em bases de dados eletrônicos, a saber: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e na Biblioteca virtual em saúde SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) utilizando-se os seguintes descritores: "servicos de saude" *or* "assistencia social" *and* "idosos" *and* "rede de cuidados continuados de saude" *or* "organizacao" *or* "mapeamento geografico". Utilizaram-se também publicações do Ministério da Saúde (MS), como cadernos técnicos, manuais, portarias e decretos, além de livros, teses, dissertações, monografias e o Plano Municipal de Saúde de Chapecó 2010- 2013.

3.1 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

Conforme dados do IBGE (2011), observando-se as três pirâmides etárias do Brasil para os anos de 1991, 2000 e 2010 verificam-se importantes mudanças ocorridas na estrutura etária da população residente no país nas duas últimas décadas. O acentuado estreitamento da base, ao mesmo tempo em que o ápice se torna cada vez mais largo, é decorrente do contínuo declínio dos níveis de fecundidade observados no Brasil e da queda da mortalidade.

Figura 1 - População residente, por sexo e idade.



Fonte: IBGE, 2011.

Além da transição demográfica, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infecto-contagiosas, que representavam 40% das mortes registradas no país em 1950, hoje são responsáveis por menos de 10%. O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950, eram causa de 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40%. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas (GORDILHO; et al, 2000).

O fato marcante em relação às doenças crônicas é que elas crescem de forma muito importante com o passar dos anos: entre as pessoas de 0 a 14 anos, foram reportados apenas 9,3% de doenças crônicas, mas entre os idosos este valor atinge 75,5% do grupo, sendo 69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres (VERAS; PARAHYBA, 2007).

Cabrera (2007) em seu estudo traz que as doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade em idosos, representando 42,3% do total dos óbitos, e ainda observou a alta prevalência de morte em virtude de doenças neoplásicas e respiratórias. O autor cita ainda que ocorreu um aumento de óbitos por causas externas entre os mais idosos. Dentre as causas, destacam-se as quedas, em especial entre os mais idosos.

No Brasil, conforme dados do DATASUS (2014), a morbidade hospitalar do SUS - por local de internação, no período de janeiro de 2009 a março de 2014, devido Neoplasias

(tumores) nos idosos, aconteceram 147.151 óbitos. No estado de Santa Catarina ocorreram 7.177 óbitos, e em Chapecó ocorreram 474 óbitos. No país no mesmo período, por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas e doenças do aparelho circulatório, houve 399.916 óbitos. Em Santa Catarina, 14.005 óbitos foram registrados. No município de Chapecó, o número de óbitos foi de 441. Já por causas externas o município registrou de janeiro de 2009 a março de 2014, 102 óbitos por local de internação, conforme a (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Mortalidade de Idosos - País, Estado e Município/ Período de janeiro de 2009 a março de 2014.

MOTIVO	BRASIL	SANTA CATARINA	CHAPECÓ
DOENÇA	Óbitos	Óbitos	Óbitos
Neoplasias	147.151	7.177	474
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas e Doenças do aparelho circulatório	399.916	14.005	441
Causas Externas	47.384	1.702	102

Fonte: Autores, 2014. Adaptado de: SIM. Sistema de Mortalidade. DATASUS, 2014.

Conforme Veras (2011) a principal causa de mortalidade e morbidade no Brasil são as doenças crônicas, que normalmente têm desenvolvimento lento, durante períodos extensos e apresentam efeitos de longo prazo. Alguns anos atrás, as doenças crônicas eram consideradas um problema de países ricos e de população idosa. Hoje se sabe que dentro de países de alta renda, os pobres, assim como os jovens e as pessoas de meia-idade, são afetados por condições crônicas. As implicações econômicas dessas doenças também são graves: elas têm impacto negativo nos salários, lucros, participação da força de trabalho e produtividade, bem como aumentam a aposentadoria precoce, causando alta rotatividade do emprego e incapacidade. Como a despesa financeira com cuidados com as doenças crônicas sobe em todo o mundo, elas ocupam proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e privados. Concorda-se com Veras (2011) quando afirma que a prevenção e a promoção de saúde, se bem aplicadas e avaliadas, podem trazer resultados financeiros positivos no médio e longo prazo. No início da operação, aumenta-se o uso de procedimentos, mas principalmente aqueles de baixo custo. No longo prazo, porém, haverá diminuição dos procedimentos de alto custo e melhoria da saúde. Para se por em prática a prevenção e promoção de saúde, talvez seja necessária a mudança de cultura.

Gottlieb (2011) cita que conforme ocorre o desenvolvimento socioeconômico, científico e tecnológico de uma sociedade, melhorando as condições de vida, controle da fecundidade e natalidade, trabalho e saúde, ocorre um aumento da longevidade e uma substituição no padrão de morbimortalidade. Um fato importante que merece destaque por ter contribuído na melhoria das condições de longevidade da população mundial e também brasileira foi a Declaração de Alma Ata, realizada no Cazaquistão em 1978, a qual influenciou o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que teve como marco em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, a qual passou a adotar um novo conceito de saúde.

A saúde passou a ser entendida não somente como ausência de doença, mas como um processo resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a terra e aos serviços de saúde.

O estilo de vida, principalmente o sedentarismo e a dieta, são fatores ambientais associados ao meio em que vivem, e com o aumento da prevalência de Doenças e Agravos não Transmissíveis e mortalidade. Enfatiza-se a necessidade de mudanças no estilo de vida que promovam a prática regular de atividade física aliada a uma dieta balanceada (GOTTLIEB, 2011).

Conforme Ferreira (2012) a qualidade de vida dos idosos pode ser estimulada, e melhorada, desenvolvendo-se programas de saúde que tenham como base a comunidade, o que resulta na promoção da saúde do idoso, a qual deve ter a nutrição como uma das áreas prioritárias. A boa nutrição é um dos fatores que levam a um envelhecimento sadio, sendo que a manutenção de estado nutricional adequado não deve ser entendida como estratégia para obter maior sobrevida, mas como um fator que interfere positivamente para que um número maior de pessoas se aproxime do seu ciclo máximo de vida.

Dessa forma, a busca por meios que ofereçam melhora da qualidade de vida das pessoas idosas devem partir também da oferta e da qualidade de serviços para essa população, os quais devem auxiliar essas pessoas a usufruírem desse “ciclo máximo de vida”.

3.2 REDE DE SERVIÇOS E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

A forma de organização dos serviços de saúde como um sistema, foi proposto primeiramente, através do Relatório Dawson, em 1920, desenvolvido pelo médico britânico

Bertrand Dawson. Esse novo modelo de organização dos serviços era baseado em quatro princípios:

a- Estado como provedor e controlador de políticas de saúde, b- esforços coordenados ou trabalho em equipe nos serviços de saúde, c- desenvolvimento de instituições especialmente designadas para diagnóstico e tratamento de casos agudos, de medicina curativa e preventiva sem separação (RODRIGUES, 2011, p. 49).

A OPAS (Organização Pan- Americana de Saúde) desenvolveu uma nova proposta em 1989 como resultado da XXII Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em 1986, de organização dos serviços, denominado Silos (Sistemas Locais de Saúde), que propõem a regionalização e hierarquização dos sistemas de saúde (RODRIGUES, 2011, p. 52). Rodrigues (2011) traz que as redes serviços de saúde só são eficazes quando orientadas por políticas claras e autoridades sanitárias ou órgãos de planejamento, controle e avaliação.

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, define a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Essa portaria veio inaugurar uma nova forma de articular os serviços de saúde de modo a interligar os mesmos, no sentido de minimizar o impacto da fragmentação e desarticulação dos serviços e ações.

Na área da saúde, os significados do termo “rede” estão relacionados com integração e articulação de unidades de provisão de serviços numa dada especialidade, níveis de complexidade tecnológica, bases de informação estatística sobre fenômenos sanitários, esferas governamentais gestoras (TEIXEIRA, 2007, p. 111).

Mendes (2011) diz que os sistemas de atenção à saúde movem-se numa relação dialética entre fatores contextuais, como o envelhecimento, e fatores internos, como a cultura organizacional.

Os fatores contextuais que são externos ao sistema de atenção à saúde mudam em ritmo mais rápido que os fatores internos que estão sob a governabilidade setorial. Isso faz com que os sistemas de atenção à saúde não tenham a capacidade de adaptarem-se, em tempo, às mudanças contextuais, especialmente demográficas e epidemiológicas. Nisso reside a crise universal dos sistemas de atenção à saúde que foram concebidos e desenvolvidos com uma presunção de continuidade de uma atuação voltada para as condições e eventos agudos e desconsiderando a epidemia contemporânea das condições crônicas. Como consequência, temos uma situação de saúde do século XXI sendo respondida por um sistema de atenção à saúde desenvolvido no século XX, quando predominaram as condições agudas, o que não pode dar certo (MENDES, 2011, p. 51).

O termo integralidade em saúde significa, conforme os Descritores em Ciências da saúde, um princípio fundamental que garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais difícil tratamento de uma patologia, e supõe um cuidado à saúde que reconheça a autonomia e a diversidade cultural e social das pessoas (DECS/BIREME, 2014). A integralidade do cuidado só será alcançada com a constituição de uma rede qualificada e integrada de cuidado tanto em nível primário, como secundário e terciário, além de inter-relacionada com outras políticas sociais. Essa rede integrada de atenção à saúde deve caracterizar-se por ter um território e população definidos, com ampla oferta de estabelecimentos e serviços de saúde, coordenados pela Atenção Primária à Saúde e integrados por sistemas eletrônicos de informação, com um modelo assistencial centrado na pessoa, na família e na comunidade (OPAS/OMS 2011).

3.2.1 Atenção Primária à Saúde

Conforme a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 a Atenção Primária à Saúde (APS) é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado. Para cumprir este papel, a APS deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, pois constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. Deve exercer um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2010).

Segundo Moraes (2012) as ações de prevenção e promoção, são responsáveis por implementar cuidados antecipatórios que modificaram a história natural das doenças ou futuros declínios da saúde. A prevenção possui quatro abordagens: aconselhamento ou mudança no estilo de vida; rastreamento; a quimioprevenção; e a imunização.

3.2.2 Atenção Secundária

O modelo vigente atualmente no nível secundário são as especialidades médicas, as quais possuem um contato fragilizado e fragmentado do indivíduo. Trata-se apenas das partes

e não possuem uma ligação integralizada do cuidado nos três níveis de atenção. Mendes (2011) relata que:

Os centros de especialidades médicas são partes de um sistema fragmentado de atenção à saúde em que, em geral, não existe comunicação fluida entre os diferentes pontos e níveis de atenção. Funciona como uma caixa preta. Chega-se, ali, diretamente ou por alguma referência, muitas vezes da APS, mas não se conhece a história pregressa da pessoa usuária. Em geral, não se estabelecem vínculos porque o agendamento, dependendo do dia, pode ser feito para diferentes profissionais de uma mesma especialidade. Esse sistema é prenhe de retrabalho e de redundâncias, o que o torna, além de inefetivo, muito ineficiente. Histórias pessoais e familiares são retomadas a cada consulta, exames são resolicitados a cada atendimento. Tudo isso ocorre porque o sistema é desintegrado, em função da ausência de sistemas logísticos potentes, manejados a partir da APS (MENDES, 2011, p. 104).

3.2.3 Atenção Terciária

O nível terciário é conhecido pela sua alta complexidade, principalmente na questão de procedimentos. Mendes (2011) refere em seu estudo que o sistema fragmentado vigente é marcado pelo hospitalocentrismo:

Os hospitais brasileiros apresentam, em geral, deficiências qualitativas, tendo como problemas: erros ou atrasos nos diagnósticos; falhas em seguir procedimentos recomendados; falhas em realizar operações e exames usando procedimentos apropriados; falhas na seleção e na prescrição de tratamentos; falhas na assistência farmacêutica; atrasos desnecessários no tratamento e no compartilhamento de resultados de exames; uso de tratamento incorreto ou impróprio; falhas no uso de procedimentos profiláticos; fragilidade dos sistemas de monitoramento, revisão e controle; problemas com equipamentos; e falta de educação permanente para os profissionais (MENDES, 2011, *apud* KISIL, 2003; SAMPAIO, 2004, p. 110).

Seguindo a visão proposta pela RAS, entende-se que a qualidade hospitalar não depende apenas do seu funcionamento isolado, mas de sua inserção em redes. Uma implicação importante no conceito das RASs é que o movimento de acreditação hospitalar deve evoluir, para uma acreditação de toda a RAS, em seu conjunto, envolvendo as unidades de atenção primária, secundária e terciária (MENDES, 2011).

3.3 REDE DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Segundo a NOB/ SUAS (Norma Operacional Básica/ Sistema Único de Assistência Social) este sistema é: *público e não-contributivo; é descentralizado e participativo que tem por função a gestão do conteúdo específico da Assistência Social no campo da proteção social brasileira* (NOB/ SUAS, 2005, p. 15).

A 2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDPI) (2009) mostra que para a pessoa idosa, a assistência social será prestada obedecendo aos princípios e diretrizes previstas na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS – Lei 8.742/93), na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e nas demais normas pertinentes. A assistência social presta serviços e desenvolve ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas da pessoa idosa, estimulando a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não-governamentais.

3.3.1 Proteção Social Básica

Segundo a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), de 2005, a proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. É destinado à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação ou fragilização de vínculos afetivos. Prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada. Deverão incluir as pessoas com deficiência e ser organizados em rede, de modo a inseri-las nas diversas ações ofertadas.

A PNAS aponta também que os serviços de proteção social básica serão executados de forma direta nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). O CRAS é uma unidade pública estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social, que abrange um total de até 1.000 famílias/ano. Executa serviços de proteção social básica, organiza e coordena a rede de serviços socioassistenciais locais da política de assistência social. O CRAS atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando a orientação e o convívio sócio-familiar e comunitário.

3.3.2 Proteção Social Especial

Além de privações e diferenciais de acesso a bens e serviços, a pobreza associada à desigualdade social e a perversa concentração de renda, revela-se numa dimensão mais complexa: a exclusão social (PNAS, 2005).

A proteção social especial prioriza a reestruturação dos serviços de abrigamento dos indivíduos que, por uma série de fatores, não contam mais com a proteção e o cuidado de suas famílias, para as novas modalidades de atendimento.

A história dos abrigos e asilos é antiga no Brasil. A colocação de crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e idosos em instituições para protegê-los ou afastá-los do convívio social e familiar foi, durante muito tempo, materializada em grandes instituições de longa permanência, ou seja, espaços que atendiam a um grande número de pessoas, que lá permaneciam por longo período – às vezes a vida toda. São os chamados, popularmente, como orfanatos, internatos, educandários, asilos, entre outros (PNAS, 2005, p. 37).

Quando falamos em idosos, os estabelecimentos para os quais eles são encaminhados são as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Marin (2012) cita em seu estudo que os motivos descritos para a internação nas ILPI's incluem as dificuldades das famílias em acolhê-los por falta de espaço, recursos, uma estrutura familiar que respeite o idoso ou por incapacidade de cuidar deles devido a situações especiais como inserção dos membros no mercado de trabalho, abandono pela família, dificuldades de encontrar um cuidador, pobreza, viuvez e opção do próprio idoso por se achar uma barreira para a família.

Marin (2012) cita ainda que o idoso institucionalizado é geralmente uma pessoa desmotivada para a vida, sem expectativas e com esperanças de retorno ao ambiente familiar. Além disso, ele ainda se vê na condição de ter que conviver com pessoas muito diferentes, às vezes até não idosas, com doenças incapacitantes, mentais, psiquiátricas e com alcoolistas, o que torna o ambiente desconfortável. Assim, a institucionalização deve ser considerada como a última alternativa para amparo e cuidado do idoso.

As ILPI's também são serviços oferecidos e mantidos pelos governos, o que se evidencia também em nível municipal. Essas instituições representam uma alternativa diante das diferentes realidades vividas pelos idosos, as quais em muitos momentos são motivo de descontentamento de alguns, porém também representam uma escolha espontânea de outros.

3.3.3 Proteção Social Especial de Média Complexidade

A PNAS considera serviços de média complexidade aqueles que oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Neste sentido, requerem maior estruturação técnica-operacional e atenção especializada e mais individualizada, e, ou, de acompanhamento sistemático e monitorado.

A proteção especial de média complexidade envolve também o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), visando à orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário. Difere-se da proteção básica por se tratar de um atendimento dirigido às situações de violação de direitos.

3.3.4 Proteção Social Especial de Alta Complexidade

Os serviços de proteção social especial de alta complexidade, conforme o PNAS (2005) são aqueles que garantem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e, ou, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e, ou, comunitário, como:

Atendimento Integral Institucional. • Casa Lar. • República. • Casa de Passagem. • Albergue. • Família Substituta. • Família Acolhedora. • Medidas socioeducativas restritivas e privativas de liberdade (semiliberdade, internação provisória e sentenciada). • Trabalho protegido (PNAS, 2005, p. 38).

3.4 SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL: A BUSCA PELA INTEGRAÇÃO

Os serviços de saúde e os de assistência social são desenvolvidos e planejados seguindo-se uma forma de organização, normas, sendo que no Brasil, os serviços de saúde pública seguem os princípios e diretrizes do SUS, e os serviços e ou estabelecimentos de assistência social, trabalham com as normas do SUAS. Os dois sistemas estão em constante construção e aperfeiçoamento, porém os dois se encontram em momentos históricos diferentes. O SUS foi criado em 1988 através da Constituição Federal e foi regulamentado pelas Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 ambas de 1990. Já o SUAS foi criado em 2005, porém foi instituído somente no ano de 2011, através da lei nº 12.435, sendo bastante recente, o que faz com que ainda seja desconhecido por muitas pessoas.

Em comum os dois sistemas possuem gestão compartilhada e co-financiamento das ações pelos governos federal, estadual e municipal, sendo descentralizados e participativos. Os dois sistemas trouxeram para suas respectivas áreas maior organicidade entre seus serviços e benefício, maior articulação entre as ações da União, estados e municípios e maior integração entre as políticas públicas.

No estudo desenvolvido por Faleiros (2011), é evidenciado através de depoimentos de profissionais de saúde e de assistente social que a interligação entre ambas as áreas é feita de

forma muita fragmentada, o que acaba não dando uma continuidade e por consequência não sendo resolutive. Comparando a cidade onde o estudo do autor foi desenvolvido (Boa Vista, no estado de Roraima), com a cidade onde esta pesquisa foi realizada, (Chapecó, em Santa Catarina), podemos concluir que não existe um atendimento em rede entre todas as instituições que garantem a integralidade do usuário, apenas há em alguns casos referência entre alguns dos serviços de saúde, mesmo havendo o discurso oficial da intersetorialidade em políticas públicas. O autor também refere que é necessário que seja estabelecida uma pactuação entre as duas redes, enfim entre as duas secretarias para que a intersetorialidade seja feita praticamente e não apenas em discurso e que os direitos dos usuários sejam garantidos plenamente. No caso de Chapecó, temos a SESAU (Secretaria de Saúde de Chapecó) e a SEASC (Secretaria de Assistência social de Chapecó), e com a pesquisa buscamos identificar como é (ou não) estabelecida uma inter-relação entre as mesmas.

3.5 POLÍTICAS PÚBLICAS E A PESSOA IDOSA

Cielo (2009) traz em seu estudo que a Constituição Federal de 1988 foi o primeiro documento que deu visibilidade a pessoa idosa, garantindo assim a sua cidadania. No artigo 229 da constituição, estabeleceu aos filhos maiores o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade, bem como o artigo 230 que estipula que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas. Assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida, surpreende o enorme avanço na área de proteção aos direitos dos idosos.

No que se refere a Políticas voltadas aos idosos, Fernandes (s/d), e Guerra (2000) mostram que as autoridades governamentais brasileiras só intensificaram sua mobilização em prol de políticas específicas para os idosos a partir de efeitos produzidos pela sua organização sócio-política e, ainda, devido o impacto negativo, com repercussão nacional e internacional, originada pela tragédia ocorrida em 1996, no Rio de Janeiro, na Clínica Santa Genoveva, uma clínica privada, a qual era custeada por recursos públicos, onde 156 idosos morreram entre janeiro e maio de 1996.

3.5.1 As Políticas Públicas e a Saúde

Conforme Cielo (2009) a primeira Lei que surgiu para atender as necessidades dos idosos foi a de nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 estabelecendo a Política Nacional do Idoso e

criando o Conselho Nacional do Idoso, no artigo 10º, inciso II, refere na área de saúde a garantia ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde. Essa lei foi regulamentada pelo Decreto Federal nº 1.948, de 3 de Julho de 1996. Ela veio normatizar os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. O artigo 3º, do decreto, traz a definição de centros de convivência, centro de cuidado diurno e casa-lar.

I - Centro de Convivência: local destinado à permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania; II - Centro de Cuidados Diurno: Hospital-Dia e Centro-Dia - local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional; III - Casa-Lar: residência, em sistema participativo, cedida por instituições públicas ou privadas, destinada a idosos detentores de renda insuficiente para sua manutenção e sem família (BRASIL, 1996).

Além das Leis e Decretos já citados, Brasil (2010) traz na publicação “Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento” em período temporal marcos e normativas referentes aos idosos. Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395/99 estabeleceu a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), na qual se determina que os órgãos do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a adequação de planos, projetos e ações em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Em 10 de maio de 2001, a Portaria MPAS/SEAS nº 73, estabeleceu normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, que constitui mais uma etapa de regulamentação da Política Nacional do Idoso, de 1994, bem como uma nova abordagem de procedimentos e mudanças de paradigmas no que se refere à definição de Normas e Padrões de Funcionamento para Serviços e Programas de Atenção à Pessoa Idosa a ser consolidado no âmbito dos Estados e Municípios, respeitando os indicadores sócio-econômicos, as demandas, as peculiaridades sócio-culturais de cada realidade. Tem como diretrizes básicas a centralidade na família, a parceria com OG's (Organizações Governamentais) e ONG's (Organizações Não Governamentais), com as políticas setoriais, articulando as forças da sociedade, quer recursos humanos, quer materiais (BRASIL, 2010).

Em 2002 foi proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria GM/MS nº 702/2002) tendo como base a condição de gestão e a divisão de responsabilidades, definidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2002). Como parte de operacionalização das redes, foram criados os critérios

para cadastramento dos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2010).

Em 2003, o Congresso Nacional aprovou e o Presidente da República sancionou a Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, o Estatuto do Idoso, considerado uma das maiores conquistas sociais da população idosa em nosso país, ampliando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa.

Do Direito à Saúde: **Art. 15.** É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. **Art. 16.** Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico (BRASIL, 2003, p. 15- 16).

No ano de 2004, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), que mostrou que a Rede de Humanização em Saúde é uma rede de construção permanente e solidária de laços de cidadania. Trata-se, portanto, de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas (Brasil, 2004).

Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004, dispôs sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI).

Art. 1º: O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), órgão colegiado de caráter deliberativo, integrante da estrutura básica da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, tem por finalidade elaborar as diretrizes para a formulação e implementação da política nacional do idoso, observadas as linhas de ação e as diretrizes conforme dispõe a Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), bem como acompanhar e avaliar a sua execução (BRASIL, 2004).

A Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). No capítulo I, define que a Atenção Primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

No ano de 2006, pela Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006, foi instituído o Pacto pela Saúde, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Neste momento a Saúde do Idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas e a oportunidade de se apresentar e discutir, junto aos gestores, profissionais da Rede de Serviços de Saúde e população em geral, a nova realidade social e epidemiológica que se impõe através da mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira. A saúde do idoso aparece como uma das prioridades no Pacto pela Vida, o que significa que, pela primeira vez na história das políticas públicas no Brasil, a preocupação com a saúde da população idosa brasileira é explicitada (BRASIL, 2010).

A-Saúde do Idoso; 1. O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes: a. Promoção do envelhecimento ativo e saudável; b. Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; c. Estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção; d. A implantação de serviços de atenção domiciliar; e. O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; f. Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; g. Fortalecimento da participação social; h. Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; i. Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; j. Promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; k. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006, p. 9- 10).

Em 19 de outubro de 2006, foi assinada a Portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde, que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), representando, assim a atualização da antiga portaria (nº 1.935/94). Esta Portaria afirma ser indispensável incluir a condição funcional ao serem formuladas políticas para a saúde da população idosa, considerando que existem pessoas idosas independentes e uma parcela da população mais frágil e as ações devem ser pautadas de acordo com estas especificidades (BRASIL, 2010).

A Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006, instituiu o Dia Nacional do Idoso, a ser celebrado no dia primeiro de outubro de cada ano, sendo os órgãos públicos responsáveis pela coordenação e implementação da Política Nacional do Idoso ficam incumbidos de promover a realização e divulgação de eventos que valorizem a pessoa idosa na sociedade (BRASIL, 2006). E a Lei nº 11.551, de 19 de novembro de 2007, instituiu o Programa Disque Idoso, com a finalidade de atendimento a denúncias de maus-tratos e violência contra os idosos a partir de 60 anos (BRASIL, 2007).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é uma ferramenta de identificação de situações de riscos potenciais para a saúde da pessoa idosa. A implantação da caderneta, que se deu inicialmente a partir das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A distribuição da

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa iniciou-se em 2007, por meio das Secretarias Estaduais e Municipais (capitais e municípios com mais de 500 mil habitantes) de Saúde. De 2009 a 2010, junto com as cadernetas foi disponibilizado o Caderno de Atenção Básica: “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”. Este Caderno foi elaborado com a finalidade de oferecer subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Primária. As quedas em pessoas idosas é um problema de saúde pública. O Ministério da Saúde instituiu, em 20 de dezembro de 2007, pela Portaria nº 3.213, um Comitê Assessor para Prevenção da Osteoporose e Quedas em Pessoas Idosas com a finalidade de apoiar as políticas públicas relacionadas à questão das quedas em idosos (BRASIL, 2010).

3.5.2 As Políticas Públicas e a Assistência Social

A assistência social é um direito do cidadão e dever do Estado, instituído pela Constituição Federal de 1988. Quanto as políticas públicas de assistência social voltadas para os idosos, a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, ou Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) dispõe sobre a organização da Assistência Social, referindo em seu artigo 1º que a assistência social, é direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. No artigo 2º tem como um dos objetivos, a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice (BRASIL, 1993).

O decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, regulamentou o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso, seguindo a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, no artigo 34. a União continuará exercendo papel supletivo nas ações de assistência social (BRASIL, 2007).

A Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011, alterou a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispôs sobre a organização da Assistência Social. O SUAS (Sistema Único de Assistência Social), foi criado em 2005, porém só foi sancionado nesta lei 12.435, garantindo a sua continuidade. O SUAS fica organizada sob a forma de sistema descentralizado e participativo. No artigo. 6º, mostra que as proteções sociais, básica e especial, serão ofertadas no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). No inciso primeiro, define o CRAS como uma unidade pública municipal, de base territorial, localizada em áreas com maiores índices de

vulnerabilidade e risco social, destinada à articulação dos serviços socioassistenciais no seu território de abrangência e à prestação de serviços, programas e projetos sócio- assistenciais de proteção social básica às famílias. Já no inciso segundo, o CREAS é definido como uma unidade pública de abrangência e gestão municipal, estadual ou regional, destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos ou contingência, que demandam intervenções especializadas da proteção social especial (BRASIL, 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, no sentido em que buscou explorar o universo de serviços de saúde e assistência social especificamente para idosos em Chapecó, ao passo que descreveu a estrutura desses serviços explicitando a atuação dos mesmos.

Segundo Bardin (1977), os estudos qualitativos apresentam-se como um procedimento metodológico mais intuitivo, mais maleável e mais adaptável a índices que não são previstos.

Os métodos qualitativos estão mais voltados para a descrição de processos e concepções, e por isso costumam trabalhar com pequenos números de casos (FLICK, 2013). Diferem dos estudos quantitativos justamente por sua natureza não quantificável.

Realizou-se uma pesquisa do tipo bibliográfica, documental e telematizada, uma vez que foram buscadas as literaturas de acordo com a proposta temática, por meio de livros, publicações governamentais, além de documentos institucionais e a busca na internet em bases de dados.

Para Gil (2002), os documentos constituem uma fonte rica e estável de dados. A pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

A análise documental é um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior, a sua consulta e referência. A análise documental é uma fase preliminar da constituição de um serviço de documentação ou de um banco de dados (BARDIN, 1977).

O estudo ainda procurou pautar-se pelas fases da pesquisa documental apresentadas por Gil (2002), a saber: a) *determinação dos objetivos*; b) *elaboração do plano de trabalho*; c) *identificação das fontes*; d) *localização das fontes e obtenção do material*; e) *tratamento dos dados*; f) *confeção das fichas*; g) *construção lógica* e h) *redação do trabalho*.

4.2 FONTES DE ESTUDO

O espaço de realização do estudo foram as fontes eletrônicas acessadas em ambiente virtual, as quais também congregam documentos oficiais das três esferas de Governo Federal, do Ministério da Saúde, do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, assim

como portarias, políticas, resoluções, normativas, planos de ação, planos de metas, diretrizes orçamentárias federais, estaduais e municipais.

Também foram utilizados os bancos de dados secundários; além de documentos que representem protocolos assistenciais utilizados nos serviços do município de Chapecó, os quais puderam contribuir com informações estatísticas, levando-se em consideração principalmente: 1) *o número de idosos que frequentam os serviços*, 2) *os serviços que costumam ser mais acessados por esses idosos* e 3) *que ações em saúde e assistência são oferecidas nesses espaços*. A busca desses dados na *internet* ocorreu, num primeiro momento, por meio de pesquisa geral e, logo a seguir, em bases mais específicas com informações de saúde e de assistência social, de referência nacional e estadual que serviram como diretriz para o município de Chapecó. Para essas buscas foram elencados alguns descritores do *Decs/Bireme*, tais como: *serviços de saúde, serviços de assistência social, idosos, políticas públicas de saúde, apoio social, gestão de serviços de saúde, mapeamento geográfico e integralidade em saúde*.

Entre as bases de dados que foram pesquisadas especificamente estão:

- Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA);
- Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE);
- Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP);
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- Secretaria de desenvolvimento Regional- SDR Chapecó;
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

4.3 UNIVERSO E AMOSTRA DO ESTUDO

O universo do estudo foram os documentos que explicitaram os tipos de serviços de saúde e assistência social de Chapecó. A amostra foi intencional acerca dos serviços que atendam a clientela idosa especificamente ou não. A amostra foi constitui-se por todos os documentos acessados eletronicamente ou impressos, bem como no acesso aos bancos de dados secundários dos serviços de saúde e de assistência social do município.

4.4 COLETA DE DADOS

A Coleta de Dados realizou-se em duas etapas: **1ª Etapa** - Coleta de documentos oficiais disponíveis *online* pela internet, em *sites* de pesquisa básica e em sites de pesquisa com temática mais específica, que socializem informações de saúde e de assistência social; **2ª Etapa** - Coleta de documentos impressos e eletrônicos utilizados nos serviços de saúde e de assistência social no município de Chapecó.

As duas etapas ocorreram simultaneamente, o que se permitiu analisar as informações divulgadas pelas diferentes mídias.

Para nortear a coleta dos dados, ainda na 1ª etapa, foram elencados alguns itens para a busca das informações, os quais permitiram caracterizar basicamente esses serviços por meio de um roteiro de análise (**Apêndice C e D**).

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Utilizou-se o referencial de Bardin (1977) para análise de conteúdo. Esse referencial levou em consideração o significado dos conteúdos traduzidos a partir dos documentos analisados, o que permitiu a pesquisadora conhecer e catalogar os serviços existentes no município de Chapecó, além de analisar o conteúdo manifesto acerca do funcionamento e fluxo desses serviços.

Observaram-se as três fases do processo de análise de conteúdo, propostas por Bardin, a saber: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; e 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A autora refere que a pré-análise é o momento de organizar e tornar operacional as ideias, para a continuidade das demais fases. Nela se escolheu os documentos que foram analisados, os objetivos a serem alcançados e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Para escolha dos documentos, se realizou o *corpus*, o qual constitui em um conjunto de documentos que foram submetidos à análise. O *corpus* seguiu a regra de pertinência, onde foram escolhidos os documentos que responderam aos objetivos.

A exploração do material realizou-se por meio de leitura exaustiva e atenta dos documentos coletados na primeira e na segunda fase da coleta de dados.

O tratamento dos resultados realizou-se pela divisão e classificação dos documentos encontrados separando-os em duas **pré-categorias**: **1) Serviços de Saúde**; e **2) Serviços de Assistência Social**.

Como marcação de referência para a interpretação e discussão dos dados utilizou-se a Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, que rege o Estatuto do Idoso.

Moimaz (2009) cita em seu estudo que:

O Estatuto de Idoso representa a normativa mais citada e destacada nos sítios governamentais pesquisados e certamente é a que reúne a maior quantidade de citações acerca dos direitos dos idosos. Na realidade, o Estatuto representa um avanço legal à constituição de 1988, uma vez que propicia a positivação de direitos previstos anteriormente e institui atualização às normativas, proporcionando a inclusão da população idosa no cotidiano vivido pelos brasileiros de outras faixas etárias. (MOIMAZ, 2009, p. 66).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto não necessitou de aprovação de Comitê de Ética por não se tratar de uma pesquisa diretamente com seres humanos. No entanto, foi manifestado o compromisso de seguir as normas éticas (**Apêndice C**) para utilização de bancos de dados secundários da Prefeitura Municipal de Chapecó que vieram a complementar as informações disponíveis em meio impresso e eletrônico, tais como portarias, manuais, políticas, fotos e imagens de serviços ofertados a população idosa.

O acesso aos documentos dos serviços de saúde e de assistência social do município de Chapecó realizou-se após aprovação da Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria Municipal de Assistência Social, por meio da assinatura do Termo de Aceite e Concordância da Instituição (**Apêndice A e B**).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 A COMPOSIÇÃO DAS REDES

5.1.1 Serviços de Saúde

Conforme dados cedidos pela Secretária Municipal de Saúde de Chapecó (SESAU), do “Consolidado das famílias cadastradas do ano de 2014 da zona geral”, o município conta com 8.533 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos do sexo masculino e 10.934 do sexo feminino, totalizando 19.467 pessoas idosas (10,7% da população), de um total de 180.689 residentes no município.

Na coleta de dados identificou-se os seguintes serviços que prestam assistência à saúde da pessoa idosa (**Quadro 1**), salientando que apenas 2 dos serviços da secretaria prestam cuidados exclusivos a esse público, sendo eles: “Cidade do Idoso” e “Centro de Convivência do Idoso”, (ambos serviços ambulatoriais), os quais são prestados através de parceria firmada com a Secretaria Municipal de Assistência Social de Chapecó (SEASC), através da disponibilização dos profissionais de saúde para prestação de assistência/serviço à essa população nos ambulatórios de cada um desses dois serviços.

Segue abaixo quadro, com a identificação de cada um dos serviços de saúde gerenciados pela SESAU, segundo nível de complexidade.

Quadro 1- Serviços de Saúde – SESAU de Chapecó

1. Identificação	Estabelecimentos de Saúde SESAU	2. Nível de Complexidade		
		Atenção Primária	Atenção Secundária	Atenção Terciária
1.1	CSF Aldeia Condá			
1.2	CSF Alto da Serra			
1.3	CSF Belvedere			
1.4	CSF Caic/São Pedro- Dr. Rubens Carvalho Rauen			
1.5	CSF Colônia Cella- Giocondo José Cella			
1.6	CSF Goio-Ên- Herbert de Souza			

1.7	CSF Jardim América/ Parque das Palmeiras- Vereador Victor Batista Nunes			
1.8	CSF Leste			
1.9	CSF Linha Cachoeira- Lindolfo Valeriano da Cunha			
1.10	CSF Marechal Bormann- Dom José Gomes			
1.11	CSF Quedas do Palmital- Juvenal Batista			
1.12	CSF SAIC- Gilson Buss			
1.13	CSF Santa Maria- Frei João			
1.14	CSF Santo Antônio- Carolina Melania Rachelle			
1.15	CSF Seminário- Dr. Darci de Camargo			
1.16	CSF Sede Figueira- Nossa senhora da Imaculada Conceição			
1.17	CSF Eldorado			
1.18	CSF Jardim do Lago- Dr. Zilda Arns Neumann			
1.19	CSF Sul- Carolina Melnechucki			
1.20	CSF Toldo Chimbanguê			
1.21	CSF Vila real- Gentil Bellani			
1.22	CSF Bela Vista- Cléio Victorio Bonetti			
1.23	CIS Norte- Flávio Baldissera			
1.24	CIS Oeste- Padre Francisco Relou			
1.25	CIS Cristo Rei			
1.26	CIS Grande Efapi- Arlindo Barella			
1.27	CS Cidade do idoso			
1.28	Clínica de Saúde da Mulher- Dr. João Francisco Carvalho Dellazzana			
1.29	CRESM Centro de Referência de Saúde Municipal			
1.30	UPA			
1.31	Pronto Atendimento Grande Efapi			
1.32	CAPS II			
1.33	CAPS AD III			
1.34	Hospital DIA/CTA/Setor de Hepatites			
1.35	CSF Alta Floresta			
1.36	Ambulatório de Lesões de Pele			
1.37	CSF Presidente Médici- Chico Mendes			
1.38	Centro de Especialidades Odontológicas- CEO Doutor Almiro de Miranda Ramos			
1.39	CEREST Centro de Referência em Saúde do Trabalhador			
1.40	Centro de Convivência do Idoso- CCI			
1.41	SAST- Serviço de Atenção a Saúde do Trabalhador			
1.42	Unidade de Acolhimento			
1.43	Programa Melhor em Casa			

Fonte: SESAU; CNES, 2014.

Dos 43 serviços listados que prestam assistência à saúde dos idosos (não exclusivamente) 14 são de atenção secundária e 29 de nível primário. Em nível primário, o serviço CS Cidade do Idoso e o CCI, são os únicos estabelecimentos que prestam assistência exclusiva aos idosos. Esses dois serviços identificam-se como ambulatorios.

O único serviço de atenção terciária, no município e região, de caráter público é o Hospital Regional do Oeste (HRO), o qual não faz parte da gestão da SESA. A secretaria de saúde conta com o setor de alta complexidade, o qual se refere ao encaminhamento a instituições de referência na alta complexidade conforme cada especialidade ou procedimento.

Como serviços de saúde específicos para idosos, como já citados, o município possui o CCI e a Cidade do Idoso, os quais trabalham com a mesma faixa etária, porém com abordagens diferentes. O CCI desenvolve a função de abrigo, de suporte social, de sobrevivência para os idosos que não possuem outros meios estruturantes de subsistência, os quais são financiados pela assistência social. Mas devido ao aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental é cobrado que esses serviços de longa permanência deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrem a rede de assistência à saúde, deixando de ser apenas um abrigo (CAMARANO, 2010, p. 233).

A Cidade do Idoso apresenta outro lado da assistência ao idoso, a qual é de caráter promocional, trabalhando com público mais ativo e com a busca de uma melhor capacidade funcional. Conforme o GUIA GLOBAL da OMS:

Uma cidade amiga do idoso estimula o envelhecimento ativo ao otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança, para aumentar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Em termos práticos, uma cidade amiga do idoso adapta suas estruturas e serviços para que estes sejam acessíveis e promovam a inclusão de idosos [...] (GUIA GLOBAL, 2008, p. 7).

É preciso estimular a participação da comunidade para o desenvolvimento de uma gestão pública compartilhada, a qual proporciona a reorientação dos serviços públicos para a melhoria da qualidade de vida do cidadão (OPAS, 2010, pg 51). Atrelado a isso devemos possuir políticas públicas voltadas para as determinantes e condicionantes de saúde, o que se caracteriza como um grande desafio para os gestores. E essas políticas devem estar integralizadas umas com as outras também formando uma Rede, onde uma complementa a outra. Essa nova visão do modelo de gestão "exige uma percepção ampliada do conceito de saúde, capacidade de negociação e articulação e criação de mecanismos de participação democrática e ações resolutivas" (OPAS, 2010, pg 61).

O conceito de saúde é conquistado a partir do modo de organização da sociedade e conquistas da coletividade, sendo que o Estado deve “assumir uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas para garantir a universalidade de acesso, assegurando condições de sobrevivência individual digna e bem estar coletivo” (OPAS, 2010, pg 62).

Possuir espaços que promovam a saúde e maior qualidade de vida para idosos é essencial, pois além de prolongar a vida, minimiza as demandas familiares, além do que o cuidado a esse idoso não fica apenas sobre responsabilidade da família, mas também existe um apoio comunitário e dos serviços de saúde de que necessitam (GUIA GLOBAL, 2008).

Notícias publicadas no site oficial da prefeitura de Chapecó descrevem o projeto Cidade do Idoso como referência internacional, na prestação de assistência para idosos, e inclusive refere que é um dos poucos países que conseguem trabalhar políticas públicas para os idosos dentro da administração municipal (CHAPECÓ, 2014).

Realizou-se o levantamento dos atendimentos de cada um desses serviços, através de geração de relatórios, pelos responsáveis pelo setor de informática da SESAU. Para busca foram escolhidos todos os serviços da SESAU, por tipo de procedimento/atendimento, pela faixa etária de idade igual e superior a 60 anos, no período temporal de janeiro de 2010 a dezembro de 2013. Escolheu-se esse período, devido ao fato de haver anteriormente um outro sistema informatizado, o qual não foi possível acessar e por não foi incluído na busca.

A partir dos relatórios, realizou-se uma identificação dos estabelecimentos de saúde do município, com maior demanda de atendimentos pela população idosa, dos últimos 4 anos. Os serviços de atenção primária mais procurados foram: CSF Santa Maria, CIS Oeste, CSF Bela Vista e CIS Grande Efapi. O Centro Integrado de Saúde da Efapi é o mais procurado dos serviços, com uma média de 52.871 atendimentos por ano, o que pode ser explicado por ser o bairro mais populoso da cidade. Em média complexidade o serviços mais procurado é o CRESM (Centro de Referência em Saúde Municipal), com uma média de 37.048 atendimentos por ano, seguido pelo CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), com média de (15.039 atendimentos por ano).

Segue abaixo gráficos, com o total de atendimentos de idosos, por ano, e por estabelecimento de saúde.

Tabela 2- Atendimentos idosos SESAU por estabelecimento e ano

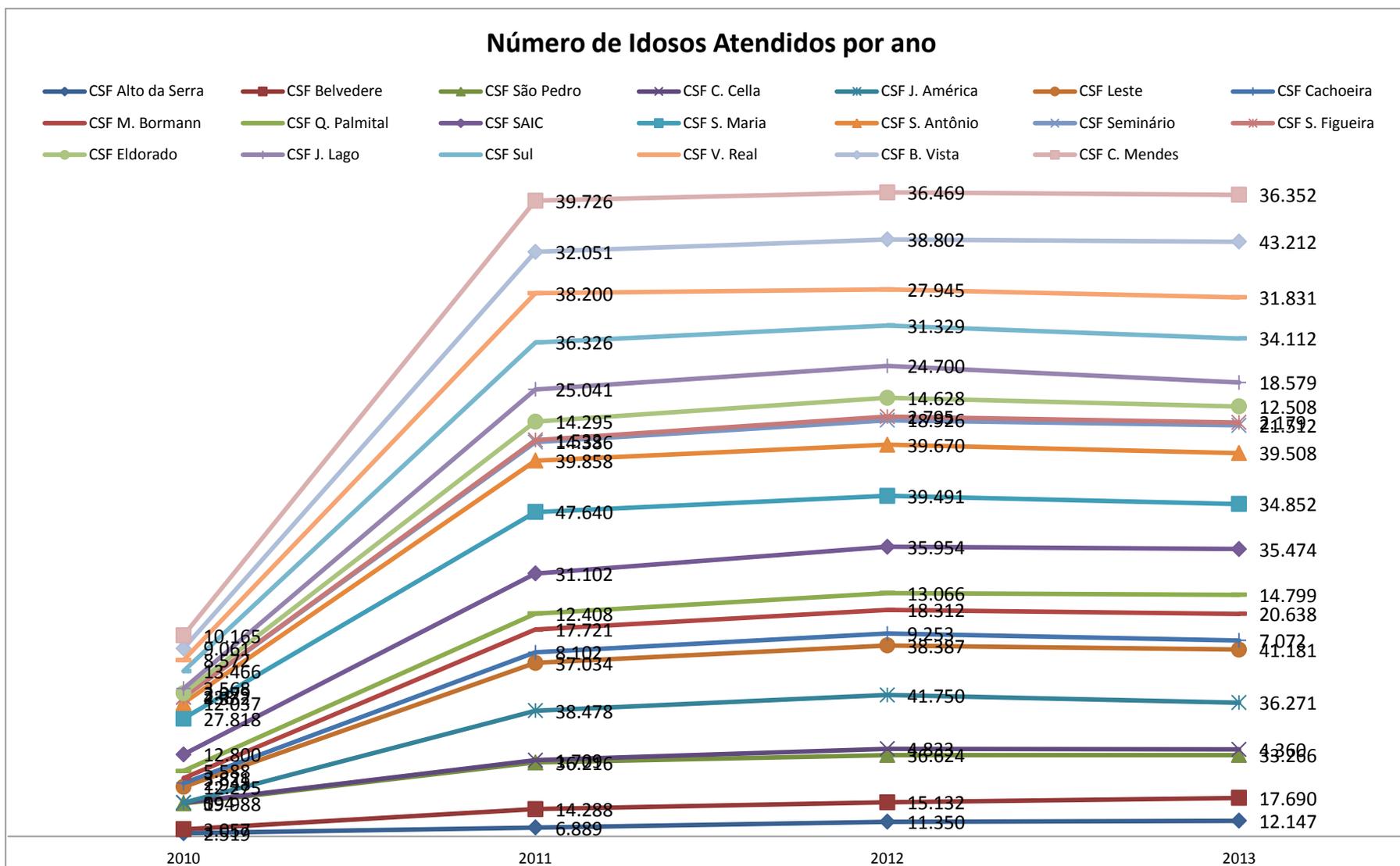
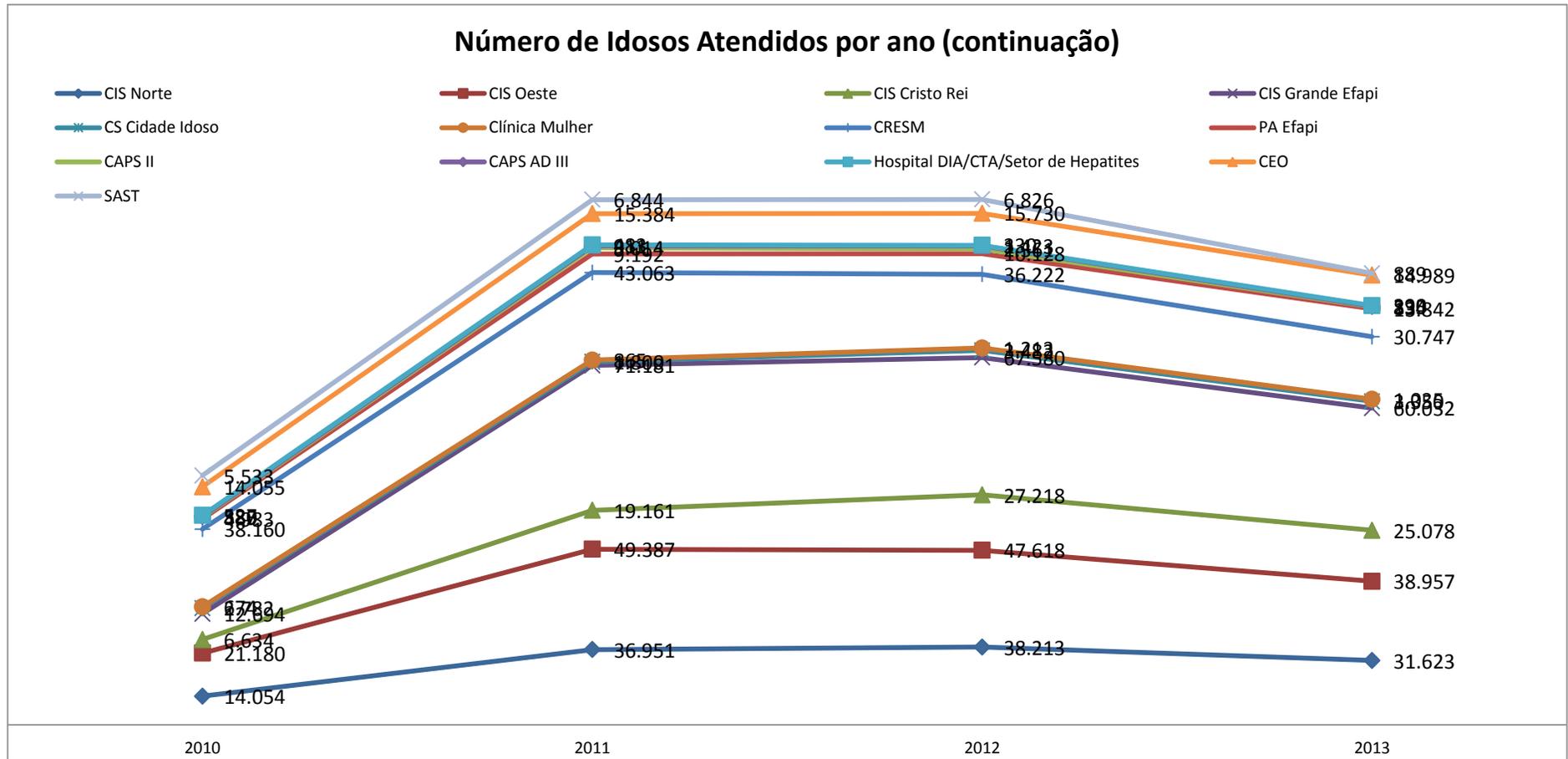


Tabela 3- atendimentos idosos SESAU por estabelecimento e ano (continuação).

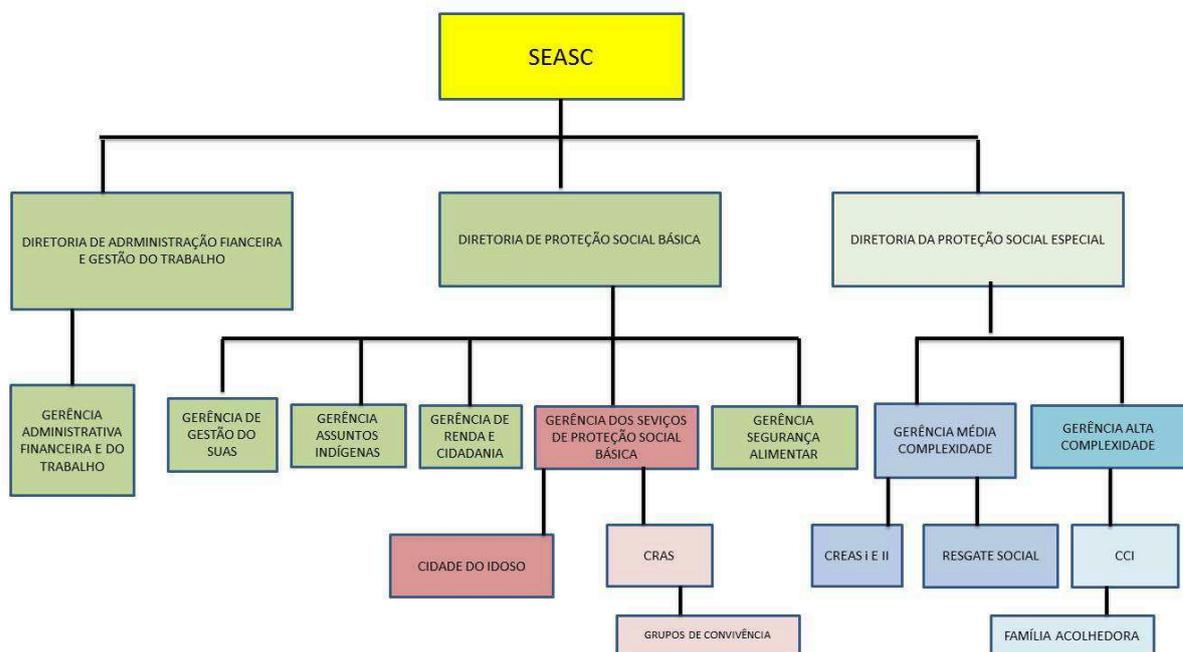


Fonte: Autores, 2014. Adaptado Relatórios SESAU, 2014.

5.1.2 Serviços de Assistência Social

Os serviços de assistência social são divididos em dois grandes grupos (Proteção Social Básica e Proteção Social Especial), os quais obedecem a uma forma de organização e de hierarquia entre eles (**Figura 2**).

Figura 2- Organograma dos serviços da Secretaria Assistência Social.



Fonte: Autores, 2014. Adaptado SEASC, 2014.

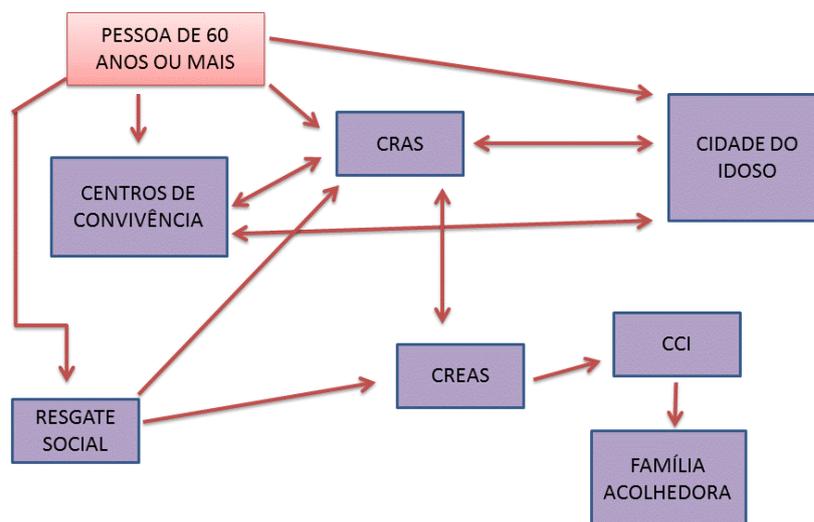
Os CRAS constituem o serviço “centro” de comunicação de todos os serviços oferecidos pela SEASC, além de ser a porta de entrada preferencial aos serviços, sendo que o mesmo desempenha funções que estimulam o fortalecimento de vínculos, através de ações preventivas e promocionais. Isso delega ao CRAS, o papel de unidade efetivadora da referência e contra-referências do usuário na rede socioassistencial do SUAS. Para que esses serviços, nos três níveis de complexidade, formem uma rede, é necessário articulação e comunicação (MDS, 2009).

A articulação é o processo pelo qual se cria e mantém conexões entre diferentes organizações, a partir da compreensão do seu funcionamento, dinâmicas e papel desempenhado, de modo a coordenar interesses distintos e fortalecer os que são comuns. A articulação da rede de proteção social básica, referenciada ao CRAS, consiste no estabelecimento de contatos, alianças,

fluxos de informações e encaminhamentos entre o CRAS e as demais unidades de proteção social básica do território (MDS, 2009, p. 21).

Através do fluxograma desenvolvido, após a coleta dos dados, visualizou-se realmente o CRAS com esse papel destaque na Rede, sendo o único serviço que possui um elo de comunicação com todos os demais serviços dos três níveis de complexidade (**Figura 3**).

Figura 3- Fluxograma dos serviços de assistência ao idoso - Secretaria de Assistência Social.



Fonte: Autores, 2014.

Apesar de o CRAS possuir um papel integralizador dos diversos níveis de complexidade da assistência social, evidenciou-se que a articulação com os serviços de saúde, em especial com os Centros de Saúde da Família (CSF) carece de intenso fortalecimento. As novas demandas de atendimentos para os CRAS podem vir da Cidade do Idoso, por demanda espontânea nos próprios CRAS, ou por encaminhamento dos CSF. Essa referência a partir dos CSF para os CRAS de novas demandas ficam apenas na referência, pois não se estabelece uma troca posterior de quais encaminhamentos e ações foram tomadas para com o usuário. A rede fortalece os vínculos entre os envolvidos, através da colaboração, e não imposição dos saberes, sem hierarquia, trazendo a verdadeira realidade dos territórios à tona (CARVALHO; et al, 2013).

Essa articulação e comunicação que garante a efetivação dos serviços são postas em prática através da Referência e da Contrarreferência.

A função de referência se concretiza quando a equipe processa as demandas vindas das situações de vulnerabilidade e risco social detectadas no território, de forma a garantir ao usuário o acesso à renda, serviços, programas e projetos, conforme a complexidade da demanda. A contrarreferência é exercida sempre que a equipe do CRAS recebe encaminhamento do nível de maior complexidade (proteção social especial) e garante a proteção básica, inserindo o usuário em serviço, benefício, programa e/ou projeto de proteção básica (MDS, 2009, p. 10).

Evidenciou-se que no município de Chapecó existem 7 unidades do CRAS, distribuídos em todo o território, priorizando as de maior demanda social. Cada CRAS é responsável por um território de abrangência, e tendo como referência 1 dos 2 CREAS do município, para os casos de proteção especial de média complexidade.

Segue abaixo (**Quadro 2**) com a identificação dos estabelecimentos e serviços oferecidos pela SEASC de Chapecó, aos idosos, lembrando que os 7 CRAS, os 2 CREAS e o Resgate Social não são exclusivos para essa população, como os demais serviços que constituem a Rede de Assistência Social ao Idoso de Chapecó.

Quadro 2- Serviços de Assistência Social – SEASC de Chapecó

2. Identificação	Estabelecimentos de Assistência Social	2. Nível de Complexidade		
		Básica	Proteção Social	Proteção Social Especial de Alta Complexidade
2.1	CRAS São Pedro			
2.2	CRAS Cristo Rei			
2.3	CRAS Efapi			
2.4	CRAS Palmital			
2.5	CRAS Marechal Bormann			
2.6	CRAS Efapi CEU (Centro de Artes e Esportes Unificados)			
2.7	CRAS Líder			
2.8	CREAS I			
2.9	CREAS II			
2.10	Cidade do Idoso			
2.11	Centro de Convivência do Idoso- CCI			
2.12	UMIC (Universidade da Melhor Idade de Chapecó)			
2.13	Central de Resgate Social			

Fonte: SEASC, 2014.

Como parte da rede de proteção social básica do município, os serviços “Cidade do Idoso” e “UMIC” merecem destaque.

A Cidade do Idoso trata-se de um “Projeto Municipal” que iniciou as atividades no ano de 2008. É o único serviço que possui apoio e parceria com todas as secretarias do município. Possui capacidade para 1.500 idosos, e conta atualmente com 1.366 frequentadores. A organização do local foi construída conforme o significado da palavra “cidade”, para que todos ou grande maioria dos serviços de uma cidade pudessem ser oferecidos à população frequentadora.

As atividades e serviços desenvolvidos são: Pilates, hidroginástica, musculação, séries iniciais, cine-vídeo, informática (inclusão digital), capela (religião), restaurante (alimentação), praça (ponto de encontro), coral, dança, teatro, recreações (como baralho, bailes, jogo de bocha).

O envelhecimento demonstra a necessidade de investimento em programas de atenção aos idosos, pois a manutenção da saúde e a autonomia na velhice, identificada como qualidade de vida física, mental e social, é desejável para se preservar o potencial de realização e desenvolvimento nesta fase da vida. É uma perspectiva necessária para reduzir o impacto social que cerca questões complexas e delicadas relativas ao cuidado ao idoso dependente. Por essas e outras motivações demográficas e socioeconômicas, a promoção da saúde tem sido destacada no eixo das políticas contemporâneas na área do envelhecimento (ARAÚJO; et al 2008, p. 123).

Já a UMIC é um projeto desenvolvido desde o ano de 2011 e se caracteriza por ser um local de aprendizagem para os idosos de Chapecó. Trata-se de cursos de extensão, em parceria com a Unoesc (Universidade do Oeste de Santa Catarina). Os objetivos da UMIC são a promoção da saúde e qualidade de vida, e ampliação de conhecimentos. O período de duração das aulas é de um ano e meio. Foram formados em duas turmas 191 alunos, sendo que a terceira turma está em andamento com 36 alunos.

O trabalho desenvolvido através da UMIC vem de encontro com o que está no cap. V, art. 21, do Estatuto do Idoso, em que “o poder público deve criar oportunidades de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados” (BRASIL, 2003).

Em nível de proteção especial de alta complexidade, o município possui o CCI, o qual passou recentemente a ser de responsabilidade da prefeitura, o qual anteriormente era mantido pela Associação *Lions Club* de Chapecó. O estabelecimento possui capacidade para 18 idosos, e atualmente conta com 16 abrigados. Nesse local são prestados serviços de atenção integral ao idoso, o qual constitui o seu lar permanente, quando o mesmo não é encaminhado a uma

família acolhedora. Existem 17 famílias acolhedoras, as quais abrigam 28 idosos que já passaram pelo CCI.

O cap. IX que fala da habitação, no art. 37, inciso 1 “a assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família” (BRASIL, 2003). Estando em consonância com o que é realizado pelos serviços de média complexidade da SEASC, onde o encaminhamento dos idosos ao serviço de alta complexidade (CCI), apenas é realizado quando todas as possibilidades de suporte/abrigo/vínculo familiar não existirem, sendo este abrigo, a última opção a ser recorrida. Esse serviço não possui integralização de registro informatizado nem pelo IDS Social nem pelo sistema informatizado da SESAU o *Win Saúde*.

5.2 O MAPA DE SERVIÇOS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Buscou-se o endereço de todos os serviços nas duas secretarias (SEASC e SESAU) de Chapecó. O mapeamento foi realizado utilizando-se o *Google maps*. A visualização dos serviços pode ser feita através das (**Figuras 4, 5 e 6**), que seguem abaixo, ou (**Apêndice F**):

Figura 4: Identificação dos serviços de saúde e de assistência social

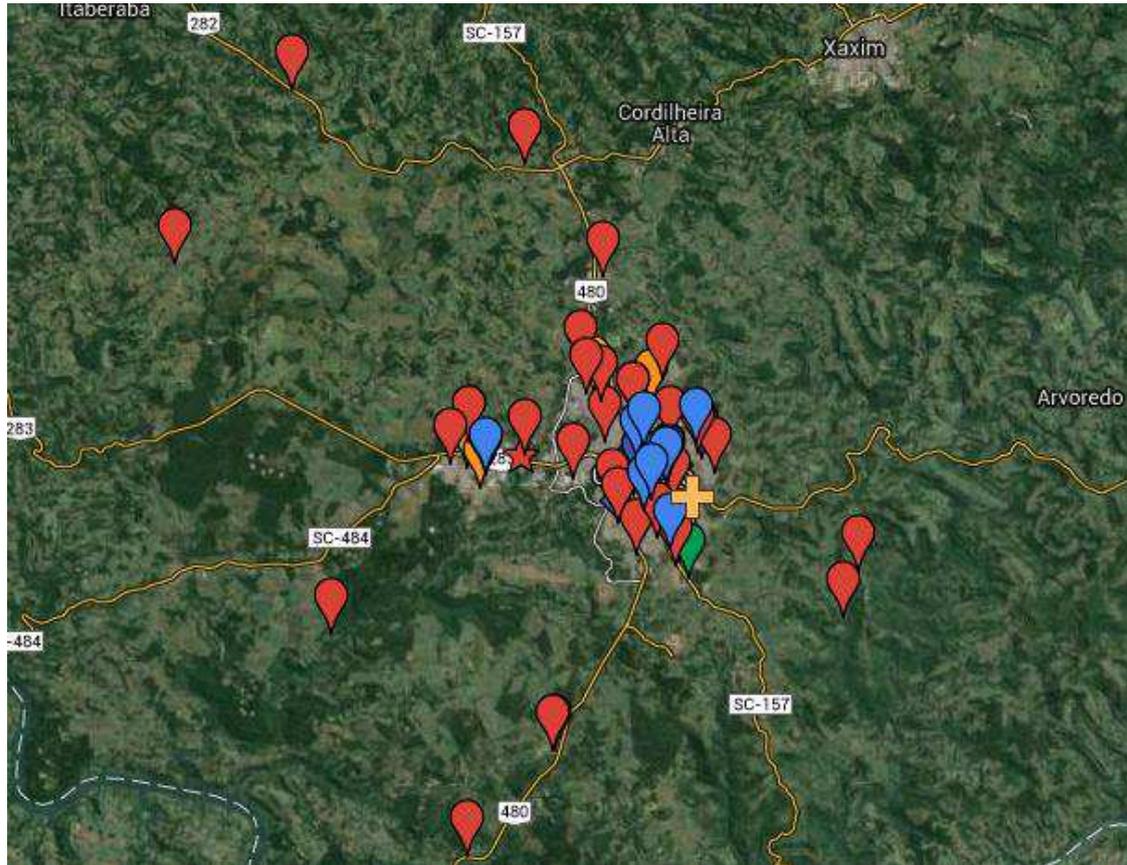


Figura 5- Identificação dos serviços de assistência social de Chapecó

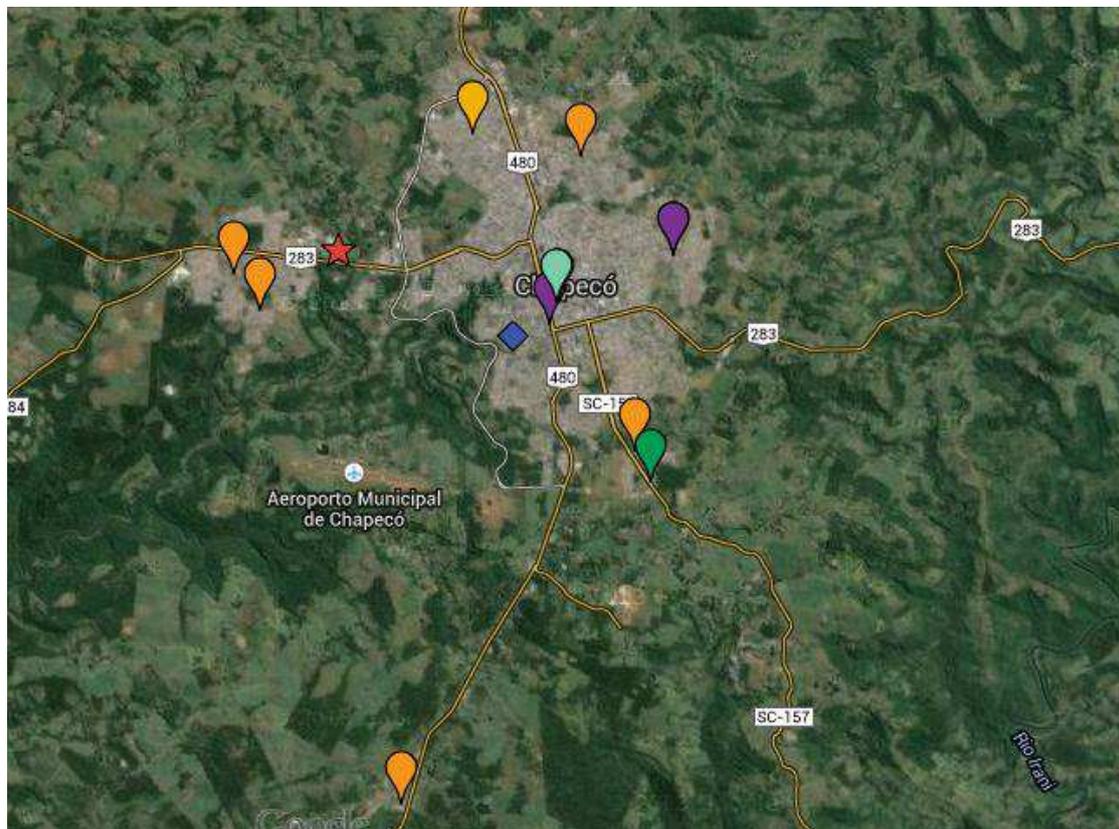
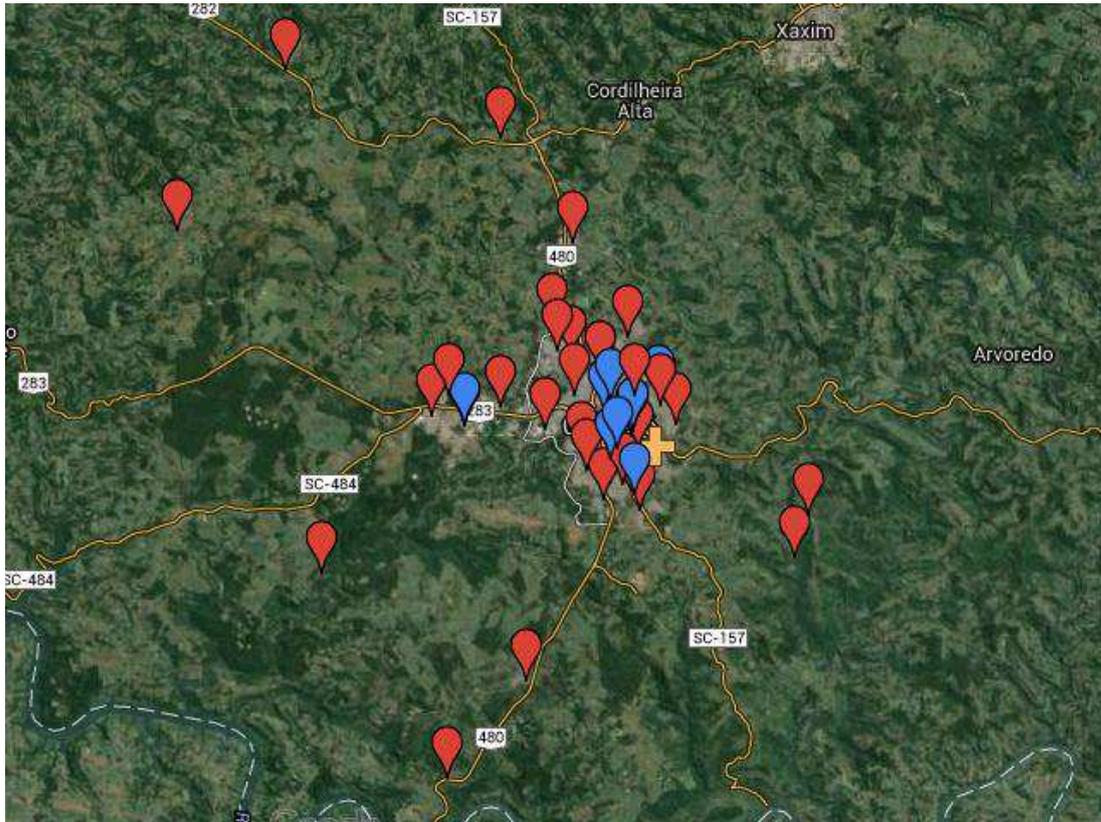
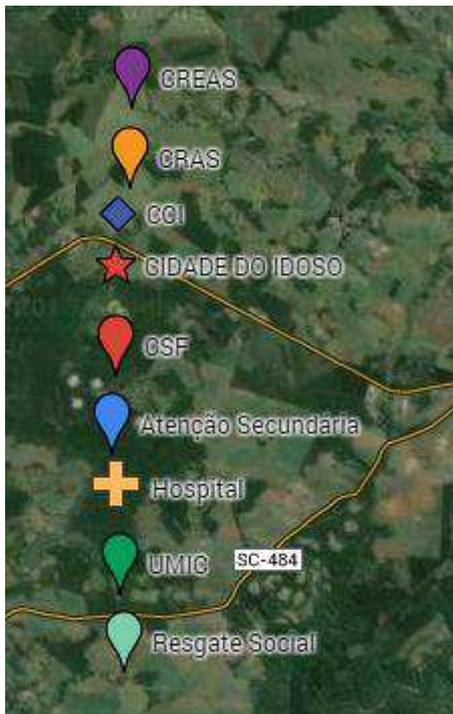


Figura 6- Serviços de saúde de Chapecó



Fonte: Autores, 2014; Google maps, 2014.

LEGENDA DAS FIGURAS 4, 5 E 6.



Durante a busca identificou-se todos os serviços, tanto de saúde, como de assistência social, e o mapeamento serviu para que se conhecesse a sua distribuição territorial, o qual se constitui em importante estratégia de planejamento do setor saúde.

Percebeu-se através do processo de mapeamento, que os serviços de saúde e de assistência social estão bem distribuídos em todo território municipal, principalmente no nível de atenção primária e o de proteção social básica. A maior distribuição de serviços no território, seguindo o nível de complexidade é explicada abaixo:

As barreiras representadas pela distância têm impacto diferenciado de acordo com o nível de complexidade dos serviços demandados; assim, os deslocamentos em busca de serviços especializados serão, normalmente, mais longos do que aqueles que demandam níveis de atenção mais simples. A investigação das desigualdades no acesso aos serviços de saúde deve, portanto, levar em conta o padrão de localização destes serviços, e a variação nas distâncias que os indivíduos com problemas de saúde semelhantes devem percorrer para obter atendimento (OLIVEIRA; et al, 2004, p. 387).

O maior número de serviços de atenção primária e de proteção social básica, não são garantias da qualidade e resolutividade da assistência prestada aos usuários do sistema. Pessoa (2013) afirma que as políticas que norteiam o trabalho da atenção primária se baseiam na realização de ações para grupos específicos, o que acaba fragmentando as ações na rotina dos serviços, que “priorizam a assistência, com ações programáticas, com pouco enfoque na integralidade da atenção e na promoção da saúde”. Isso faz com que os profissionais não consigam aplicar as dimensões do trabalho e ambiente, conforme a compreensão ampliada de saúde e de território (PESSOA; et al, 2013, p. 2254).

Os serviços de níveis secundários e terciário de saúde de Chapecó estão aglomerados principalmente na parte central do município, o que se deve por ser o ponto de passagem de grande maioria da população.

Em nível secundário de atenção à saúde, identificou-se a divisão territorial apenas nos serviços do Pronto Atendimento da Grande Efapi (que fica com os moradores do bairro Efapi), e a UPA (que fica com o restante da população do município). Demais serviços de atenção secundária não são divididos por território de abrangência, e prestam assistência a todos os residentes do município. O serviço de atenção terciária do município, além de atender a população da cidade, é responsável pelo atendimento da população de toda a região oeste de Santa Catarina, por se constituir de um Hospital Regional.

Já os serviços de média complexidade da assistência social, estão dispostos no município e dividem o atendimento da população, conforme território de abrangência dos

CRAS. O CREAS I é responsável por metade do território dos CRAS do município, sendo eles: CRAS Efapi, CRAS Efapi CEU, CRAS Palmital e CRAS Marechal Bormann. O CREAS II fica com os demais CRAS: CRAS São Pedro, CRAS Cristo Rei e CRAS Líder. Essa divisão possibilita maior controle da situação social de cada usuário, além de maior vínculo que se firma entre os profissionais e indivíduos.

A territorialização concretiza-se como ferramenta dos gestores para o planejamento de novos serviços que venham a ser necessários para atender populações desprotegidas, ou ampliar a resolutividade de ações integrais da saúde da população assistida.

A garantia da integralidade da assistência se estabelece mediante conjunto de ações e serviços de saúde interdependentes, em especialidades, complexidades, conhecimentos, tecnologias, impõem-se uma rede de saúde regionalizada e hierarquizada (CARVALHO; et al, 2013, p. 23). A regionalização ou região de saúde consiste na delimitação territorial da rede de atenção à saúde, a qual pode ser constituída pelo agrupamento de municípios limítrofes. Deve possuir serviços de várias densidades tecnológicas, como atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (CARVALHO; et al, 2013; BRASIL, 2011).

Identificou-se que o município de Chapecó, possui todos os serviços necessários para a formação de uma região de saúde. Por isso ele acaba por ser a referência de serviços de vários municípios da região oeste catarinense.

A partir da identificação dos serviços evidenciou-se que os serviços de saúde e de assistência social de Chapecó, principalmente os de nível de proteção social básica e de atenção primária estão localizados estrategicamente próximos um do outro, por exemplo, CSF Seminário e CRAS Palmital, o que vem a possibilitar maior integração e possíveis contatos, de referenciação entre os serviços, o que busca garantir o atendimento integral dos indivíduos que residem naquela localidade. Porém através da busca realizada, percebeu-se que os mesmos serviços mantêm a referência de um para outro, mas os mesmos não integram as suas ações, através de acompanhamentos conjuntos de casos, talvez pela frágil discussão dos processos de trabalho e comunicação.

Devido alguns CRAS e CREAS estarem mais distantes de alguns bairros (os quais também devem atender segundo o território de abrangência), alguns usuários não conseguem se locomover para a busca de atendimento, o que demanda que os profissionais estejam atentos para a territorialização, a qual consiste no "ponto de partida para a organização dos serviços e das práticas de vigilância em saúde", para caracterização da população a qual se presta cuidados e assistência (PESSOA, 2013).

5.3 ATUAÇÃO DAS REDES DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL: UM OLHAR SOBRE O ESTATUTO DO IDOSO

Realizou-se um levantamento junto às secretarias e serviços no sentido de analisar ações de saúde e de assistência social acerca de documentos (normativas, políticas, cartilhas, folders, e demais materiais informativos) que indicassem diretrizes, objetivos ou metas seguidas pelos serviços e que tivessem alguma relação com a assistência à pessoa idosa. Simultaneamente realizou-se busca em sites e bases de dados de reconhecido valor legal e teórico para o levantamento das normativas existentes referente ao idoso, que abrangessem tanto a saúde como a assistência social.

5.3.1 Documentos pesquisa telematizada

O site de busca do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso) caracteriza-se como um banco de informações de normativas referentes à saúde do idoso. Pesquisaram-se as normativas e políticas nacionais.

No site SDR Chapecó, não foram encontrados documentos oficiais, apenas notícias. As notícias foram lidas, e as que demonstraram o uso de políticas/normativas foram utilizadas.

No banco de dados RIPSA e SAGE nenhum resultado foi encontrado com o filtro. No site do MDS também foram encontradas notícias, as quais remetiam a normativas.

Figura 7: Políticas Públicas: Linha do Tempo pela Pesquisa Telematizada



Fonte: Autores, 2014. Adaptado de: SISAP, 2014; MDS, 2014, SDR Chapecó, 2014.

Normativas do Sistema SISAP-Idoso:

Quadro 3 : Políticas, normas e diretrizes SISAP Idoso.

SITE	LEIS/POLÍTICAS E PORTARIAS	DO QUE SE TRATA
(Filtro- idosos) SISAP (Sistema de Indicadores de Saúde e acompanhamento de políticas do idoso)	Estatuto do idoso Lei nº 10741, de 1º de Outubro de 2003	Regula e reconhece os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, sendo um instrumento para a realização da cidadania. O Estatuto dispõe sobre os direitos do idoso à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, aos alimentos, à saúde, à convivência familiar e comunitária, entre outros direitos fundamentais, cabendo ao Estado, à comunidade, à sociedade e à família a responsabilidade pela asseguaração desses direitos (SISAP, 2014)
	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa Portaria MS/GM nº 2528, de 20 de outubro de 2006	Direciona medidas coletivas e individuais de saúde para população idosa em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a fim de promover a recuperação, a autonomia e a independência dos idosos (SISAP, 2014).
	Política Nacional do Idoso Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994	Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso. A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A Lei dispõe sobre os princípios, diretrizes, organização, ações governamentais e disposições gerais que deverão orientar a Política (SISAP, 2014).
	Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil Portaria MPAS/SEAS nº 73, de 10 de maio 2001	Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Integra a regulamentação da Política Nacional do Idoso e propõe novas modalidades de atenção ao idoso, que poderão ser adequadas à realidade de cada município, entendendo que é fundamental a participação do idoso, da família, da sociedade, dos fóruns e dos conselhos nas formas de organização dos serviços de atenção ao idoso, a saber: família natural; família acolhedora; residência temporária; centro dia; centro de convivência; casa lar; república; atendimento integral institucional; assistência domiciliar/atendimento domiciliar (SISAP, 2014).
	Normas para Cadastramento de Centros de	Aprova normas referentes ao cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (SISAP, 2014).

<p>Referência em Assistência à Saúde do Idoso</p> <p>Portaria MS/SAS nº 249, de 16 de abril de 2002</p>	
<p>Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso</p> <p>Portaria MS/GM nº 702, de 16 de abril de 2002</p>	<p>Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Essas redes são integradas por hospitais gerais e centros de referência em assistência à saúde do idoso (SISAP, 2014).</p>
<p>Programa Nacional de Cuidadores de Idosos</p> <p>Portaria Interministerial MPAS/MS nº 5.153, de 7 de abril de 1999</p>	<p>Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos coordenado por Comissão Interministerial, constituída por representantes da Secretaria de Estado de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência e da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. A Portaria leva em consideração o acelerado processo de envelhecimento da população brasileira; a necessidade de criar alternativas que proporcionem aos idosos melhor qualidade de vida; a diretriz de atender integralmente ao idoso e a sua família; o objetivo de reduzir o percentual de idosos institucionalizados; e a necessidade de habilitar recursos humanos para cuidar do idoso. (SISAP, 2014).</p>
<p>Acompanhante Hospitalar de Pacientes</p> <p>Portaria MS/GM nº 280, de 8 de abril de 1999</p>	<p>Obriga hospitais do Sistema Único de Saúde - SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados (SISAP, 2014).</p>
<p>Advertências e Recomendações sobre Usos de Medicamentos</p> <p>Lei nº 8.926, de 9 de agosto de 1994</p>	<p>Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamento, de advertências e recomendações sobre seu uso por pessoas com mais de 65 anos (SISAP, 2014).</p>

<p>Conselho Nacional dos Direitos do Idoso</p> <p>Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004</p>	<p>Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI). Tem por finalidade elaborar as diretrizes para a formulação e implementação da Política Nacional do Idoso, observadas as linhas de ação e as diretrizes conforme dispõe o Estatuto do Idoso, bem como acompanhar e avaliar a sua execução (SISAP, 2014).</p>
<p>Fundo Nacional do Idoso</p> <p>Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010</p>	<p>Institui o Fundo Nacional do Idoso, destinado a financiar os programas e as ações relativas ao idoso com vistas em assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Autoriza as pessoas físicas e jurídicas a deduzirem do imposto de renda devido as doações efetuadas aos fundos municipais, estaduais e nacional do idoso (SISAP, 2014).</p>
<p>Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa</p> <p>Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005</p>	<p>Estabelece estratégias sistêmicas de ação, revelando, assim, sua importância, tendo em vista o resultado do planejamento, organização, coordenação, controle, acompanhamento e avaliação de todas as etapas da execução das ações de prevenção e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa (SISAP, 2014).</p>
<p>Dia Nacional do Idoso</p> <p>Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006</p>	<p>Institui o dia 1º de outubro como o Dia Nacional do Idoso. Determina que os órgãos públicos responsáveis pela coordenação e implementação da Política Nacional do Idoso fiquem incumbidos de promover a realização e divulgação de eventos que valorizem a pessoa idosa na sociedade.</p>
<p>Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social</p> <p>Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007</p>	<p>Regulamenta o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. O BPC, no valor de um salário mínimo mensal, é garantido à pessoa com deficiência e ao idoso, com idade de sessenta e cinco anos ou mais, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família e que cumpram as condições determinadas no Decreto (SISAP, 2014).</p>
<p>Programa Nacional de Imunizações</p> <p>Portaria nº 3.318, de</p>	<p>Institui, em todo o território nacional, os calendários de Vacinação da Criança, do Adolescente, do Adulto e do Idoso, integrantes do Programa Nacional de Imunizações (PNI), visando ao controle, à</p>

	28 de outubro de 2010	eliminação e à erradicação das doenças imunopreveníveis. O PNI inclui nas ações de prevenção das doenças evitáveis por imunização na população acima de 60 anos as vacinas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde: antipneumocócica e antigripal. A vacina contra influenza ou gripe é oferecida anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso. A vacina contra pneumococo é aplicada, durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso, nos indivíduos que convivem em instituições fechadas, tais como, casas geriátricas, hospitais, asilos, casas de repouso, com apenas um reforço cinco anos após a dose inicial (SISAP, 2014).
	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Osteoporose Portaria MS/SAS nº 470, de 24 de julho de 2002	Estabelece critérios de diagnóstico, critérios de inclusão/exclusão de pacientes no protocolo de tratamento, esquemas terapêuticos preconizados para o tratamento da Osteoporose e mecanismos de acompanhamento e avaliação deste tratamento. Ele é de caráter nacional, e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na regulação da dispensação dos medicamentos nele previstos. A Portaria MS/GM nº 3.213, de 21 de dezembro de 2007, por sua vez, instituiu Comitê Assessor com o objetivo de apoiar as políticas do Ministério da Saúde voltadas para a população idosa no que diz respeito à osteoporose e ao evento de quedas (SISAP, 2014).
	Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer Portaria MS/GM nº 703, de 16 de abril de 2002	Define que o Programa será desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, distrito federal e municípios em cooperação com as redes estaduais de assistência e centros de referência em assistência à saúde do idoso. A Portaria MS/SAS nº 249, de 16 de abril de 2002, que aprova as normas para cadastramento dos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, determina que o tratamento da Doença de Alzheimer deve ser realizado conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas publicados pela Secretaria de Assistência à Saúde (SISAP, 2014).
	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Doença de Alzheimer Portaria MS/SAS nº 491, de 24 de	Contêm o conceito geral da Doença de Alzheimer, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação. O Protocolo preconiza o uso de três medicamentos para tratamento da D.A.: rivastigmina, donepezil e galantamina. Estes medicamentos, considerados excepcionais, passaram a ser de acesso aos pacientes do SUS a partir da Portaria MS/SAS nº 255, de 16 de abril de 2002.

	setembro de 2010	
--	------------------	--

Fonte: SISAP, 2014.

Notícias site SDR Chapecó:

Quadro 4: Notícias SDR Chapecó.

SITE	NOTÍCIAS	DATA E DETALHES:
SDR (Secretaria Regional de Chapecó) (filtro idosos)	Secretaria Regional de Chapecó promove seminário sobre Saúde do Idoso	(18/07/2007 17:10:16) A Gerência de Saúde da Secretaria de Desenvolvimento Regional de Chapecó realizou o Seminário de Sensibilização para Promoção da Pessoa Idosa na Atenção Básica. O programa formou agentes de Saúde responsáveis pela distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (SDR Chapecó, 2014).
	SDR Chapecó promove encontro com grupos de idosos e entidades	(23/07/2008 16:08:09) Sesc e a Fasc reuniram-se com o conselho Municipal dos Direitos do Idoso com o objetivo de orientar, fiscalizar as condições dadas pelas políticas públicas direcionadas ao idoso, investigar denúncias de maus tratos entre outras atribuições (SDR Chapecó, 2014).
	SDR Chapecó sedia encontro do Conselho Municipal dos Direitos do Idoso	(29/04/2009 17:31:46) Encontro Marcado debatendo os assuntos de esclarecimentos quanto ao uso do transporte municipal e interestadual gratuito para idosos (SDR Chapecó, 2014).
	SDR Chapecó promove mais um Encontro Marcado para grupos de idosos	(25/05/2010 16:41:40) Encontro de idosos onde foi debatido o tema mal de Alzheimer (SDR Chapecó, 2014).
	Conferência debate políticas para o idoso na região de Chapecó	Chapecó (03/08/2011 17:21:07) Abertura da 3ª Conferência Regional dos Direitos da Pessoa Idosa. O evento possuía como tema “O Compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil”. Foram ministradas duas palestras importantes: “O Compromisso de todos por um

		envelhecimento digno no Brasil” e “Políticas Públicas para a Pessoa Idosa” (SDR Chapecó, 2014).
	Diversão e competição nos Jogos da Terceira Idade da SDR Chapecó	Chapecó (03/04/2012 18:16:39) Etapa microregional dos Jogos Abertos da Terceira Idade (JASTI) (SDR Chapecó, 2014).
	SDR Chapecó atinge meta de vacinação contra a gripe	Chapecó (05/06/2012 15:08:40) Nos 37 municípios de abrangência da Gerência de Saúde, mais de 56.300 pessoas receberam a vacina contra a gripe, de proteção contra a influenza A (H1N1). No grupo dos idosos, todos os 37 municípios atingiram a meta. Foram vacinados 39.148 idosos, de um total de 43.771, atingindo um percentual de 89,03%.. O município de Chapecó vacinou 92,74% da população prevista, atingindo 86,56% dos idosos (SDR Chapecó, 2014).

Fonte: SDR Chapecó, 2014.

Notícias MDS:

Quadro 5: Notícias MDS referente especificamente ao idoso.

SITE	NOTÍCIAS	DO QUE SE TRATA:
(Filtro- Idosos) MDS- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome	Serviços de Convivência e fortalecimento de vínculos	<p>Refere que na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS n.º 109/2009), o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos é um Serviço da Proteção Social Básica que tem por foco o desenvolvimento de atividades que contribuam no processo de envelhecimento saudável, no desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, no fortalecimento dos vínculos familiares e do convívio comunitário e na prevenção de situações de risco social.</p> <p>Define os seguintes usuários para este Serviço: Idosos (as) com idade igual ou superior a 60 anos, em situação de vulnerabilidade social, em especial:- Idosos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada; - Idosos de famílias beneficiárias de programas de transferência de renda; - Idosos com vivências de isolamento por</p>

		<p>ausência de acesso a serviços e oportunidades de convívio familiar e comunitário e cujas necessidades, interesses e disponibilidade indiquem a inclusão no serviço. A inserção em serviços de convivência e fortalecimento de vínculos sempre se dá por meio do CRAS.</p> <p>O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos é cofinanciado pelo governo federal por meio do Piso Básico Variável II da Proteção Social Básica. Todos os municípios que em 2009 aceitaram recursos, por meio do Termo de Aceite e Opção (TAO), para oferta de “Serviços de Proteção Social Básica para idosos e, ou crianças” e que preencheram em 2010 o “Módulo de Demonstração da Execução dos Serviços”, ofertam efetivamente o Serviço, recebem recursos do PBV II regularmente. Para a inclusão de novos municípios ou ampliação da oferta, é necessário aguardar a abertura de um novo processo de expansão do Serviço (MDS, 2014).</p>
	Carteira do idoso	<p>A Carteira do Idoso é o instrumento de comprovação para que o idoso tenha acesso gratuito ou desconto de, no mínimo, 50% no valor das passagens interestaduais, de acordo com o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03). A carteira deve ser gerada apenas para as pessoas acima de 60 anos, que não tenham como comprovar renda individual de até dois salários mínimos. Para emitir sua carteira, o idoso deve procurar o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) de seu município. Lá, ele irá inscrever-se no Cadastro Único e receberá o Número de Identificação Social (NIS). Com esse número, o Cras poderá solicitar a carteira por meio do sistema Carteiro do Idoso. Caso o idoso já tenha seus dados no Cadastro Único, o CRAS irá verificar o NIS existente e solicitar a carteirinha a partir dele, também no sistema. A Carteira do Idoso traz informações de identificação do idoso e do município em que ele mora e o Número de Identificação Social (NIS), além da foto. O benefício da gratuidade e o desconto no valor das passagens interestaduais aos idosos nos transportes rodoviário, ferroviário e aquaviário é um direito assegurado pelo Estatuto do Idoso, de 2003 (MDS, 2014).</p>

Fonte: MDS, 2014.

5.3.2 Documentos serviços de saúde

Simultaneamente à busca telematizada realizou-se coleta de documentos nos serviços de saúde.

A SESAU, durante a coleta de dados dos documentos utilizados para o embasamento do atendimento ao idoso nos serviços de saúde, realizou a orientação de que os documentos utilizados eram todos do Ministério da Saúde, e que deveriam ser coletados e levantados nos próprios serviços (**Quadro 6**).

Assim, escolheram-se três serviços: 1 Centro de Saúde da Família, 1 Centro Integrado de Saúde e 1 Ambulatório que atende especificamente o idoso. Os documentos e informações foram colhidos por meio do acesso aos arquivos eletrônicos e impressos dos serviços visitados, com a anuência e auxílio do gestor local.

Quadro 6: Documentos encontrados nos serviços de Saúde

FONTE	DOCUMENTOS	DO QUE SE TRATA:
Arquivos eletrônicos e impressos	- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa- MS 2006	Estratégia para acompanhamento da saúde da população idosa. Nele se registra as condições de saúde, acompanhando a evolução da mesma. Identificação, histórico de doenças, medicamentos de uso, internações, quedas, alergia, lembretes (hábitos saudáveis), vacinas, serviços e telefones úteis, agenda de consultas, controle de pressão arterial, de peso, glicemia. Cita o Estatuto do Idoso como conquista social e um marco na garantia dos direitos.
	- Viver mais e melhor- MS 2000	Guia completo para melhorar a saúde e qualidade de vida. Traz informações sobre alimentos (pirâmide alimentar), cuidados com remédios, exames e vacinas. Cita algumas doenças mais comuns em idosos, colocando os fatores de risco, sintomas e modo de prevenção. Dicas para evitar quedas. Importância do exercício físico, e tipos de atividades adequadas à idade. Promove o convívio comunitário, as relações afetivas. Traz a garantia dos direitos, citando a Constituição de 1988 e a Política Nacional do Idoso.
	- Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas- MS 2011	Maneiras de prevenir quedas (prática de exercícios físicos, consulta com oftalmologista, vida social ativa). Prevenção de quedas em casa e na rua.
	- 15 de junho Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a pessoa Idosa. MS 2011	Traz citação de uma parte do Estatuto do Idoso: “É dever de todos prevenir a ameaça ou violação dos direitos do idoso”. Descreve os tipos de violência: a física, a sexual, a

		psicológica, a econômica, o abandono, a negligência, a autonegligência. Traz o que cita o Estatuto do Idoso, sobre o tema, artigo 3 (garantia dos direitos, através da família e sociedade), 4 (nenhum idoso será alvo de qualquer tipo de violência) e 19 (notificação compulsória de violência). Descreve ainda formas de denúncias.
	- Prevenção de quedas de pessoas idosas- Governo do Estado de Santa Catarina	Traz formas de prevenção, cuidados ao se ter em casa, adaptações que evitam as quedas. Estimula a prática de exercícios físicos, e o cuidado com a saúde.
	- Vacine-se (gripe). Prefeitura de Chapecó	Orientação para pessoas de 60 anos ou mais procurarem o centro de saúde mais próximo para vacinar-se contra a gripe. Campanha.
	-Deixe a gripe na saudade. Vacina-se. MS 2009	Campanha da vacinação contra a gripe. Traz informações sobre a doença e sobre a vacina. Mostra dicas saudáveis para se viver bem.
	- Cartilha de Saúde do Idoso. Governo do Estado de Santa Catarina	Promove a saúde. Cita algumas políticas do idoso: Política Nacional do Idoso, Política Estadual do Idoso, Estatuto do Idoso e Política Nacional de Saúde do Idoso. Cuidados com a alimentação (pirâmide alimentar). Prevenção de quedas. Exercícios físicos e para a mente. Doenças mais comuns, fatores de risco, sintomas e prevenção. Cuidados com medicações. Higiene corporal e bucal. Dicas para manter a saúde (preventivo, câncer de próstata, filtro solar). Vacinas. Sexualidade e envelhecimento, informações sobre doenças sexualmente transmissíveis. Direitos em relação à saúde (atendimento prioritário na UBS).

Fonte: Estabelecimentos de Saúde, SESAU, 2014.

5.3.3 Documentos serviços de assistência social

Também simultaneamente com a pesquisa telematizada, realizou-se o levantamento de normativas de assistência social.

O departamento de Proteção Básica foi o responsável pelo repasse dos documentos utilizados pelos CRAS do município, e Cidade do Idoso. Na média complexidade, foi realizada coleta nos dois CREAS do município, onde buscou-se normativas utilizadas em cada unidade. Em nível de alta complexidade, foi realizada coleta no CCI. Todas as coletas ocorreram com auxílio de gestores locais.

Salientamos, que quando solicitou-se as normativas utilizadas que abordam a pessoa idosa, grande maioria das publicações apontadas não são específicas ao atendimento à pessoa idosa. Sendo que o citam como membro de uma família, e que para análise apenas a parte que abrange ou cita o idoso, serviu como objeto de análise (no caso da assistência social). Os documentos levantados e coletados em todos esses serviços são os descritos abaixo.

Quadro 7- Documentos encontrados nos serviços de Assistência Social

FONTE	DOCUMENTO	DO QUE SE TRATA
Gerente Proteção Básica e coordenadores serviços média e alta complexidade	- Diretrizes para o Acompanhamento Familiar no âmbito do PAIF- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome- Secretaria Nacional de Assistência Social- (Trata-se de uma apresentação).	Descreve família. Traz que a Constituição de 1988 consagrou a família como a base da sociedade, e requerendo ao Estado como eixo fortalecedor dessa instituição social, citando que isso é reafirmado no Estatuto do Idoso.
	- Orientações Técnicas Centro de Referência de Assistência Social – CRAS- de 2009, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.	Define que o imóvel do CRAS deve assegurar a acessibilidade para pessoas com deficiência e idosas. Traz o CRAS como elo de ligação com o Centro de Convivência do Idoso. Descreve toda a forma de funcionamento e objetivos dos CRAS.
	- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Pessoas Idosas- Orientações Técnicas- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012.	Objetiva subsidiar os gestores, coordenadores, técnicos e demais profissionais do SUAS no desenvolvimento de um serviço que contribua para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas e de suas famílias, tendo como foco o processo de envelhecimento ativo e saudável, o desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, o fortalecimento dos vínculos familiares e a prevenção dos riscos sociais. Cita a constituição Federal, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, como normativas que afirmam o idoso como sujeito de direitos. Garantia do acesso ao BPC (Benefício da Prestação Continuada).

		<p>Centralidade da família e as Relações comunitárias e sociais.</p> <p>Perfil dos usuários participantes do serviço de convivência e fortalecimento de vínculos (beneficiários do BCP, idosos de famílias beneficiárias de programas de transferência de renda; Idosos com vivências de isolamento por ausência de acesso a serviços e oportunidades de convívio familiar e comunitário e cujas necessidades, interesses e disponibilidade indiquem a inclusão no serviço).</p> <p>Organização e metodologia para implementação do SCFVI.</p> <p>Em seguida, descreve planos de trabalho para os encontros do grupo de SCFVI (MDS, 2012).</p>
	<p>- Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais- RESOLUÇÃO Nº 109, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2009.</p>	<p>Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, organizados por níveis de complexidade do SUAS.</p> <p>Objetivos da proteção básica para idosos: - Contribuir para um processo de envelhecimento ativo, saudável e autônomo; - Assegurar espaço de encontro para os idosos e encontros intergeracionais de modo a promover a sua convivência familiar e comunitária; - Detectar necessidades e motivações e desenvolver potencialidades e capacidades para novos projetos de vida; - Propiciar vivências que valorizam as experiências e que estimulem e potencializem a condição de escolher decidir, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia e protagonismo social dos usuários.</p> <p>Alta complexidade- Acolhimento para idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, independentes e/ou com diversos graus de dependência. A natureza do acolhimento deverá ser provisória e, excepcionalmente, de longa permanência quando esgotadas todas as possibilidades de autossustento e convívio com os familiares. É previsto para idosos que não dispõem de condições para permanecer</p>

		<p>com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos.</p> <p>O serviço de acolhimento institucional para idosos pode ser desenvolvido nas seguintes modalidades: 1. Atendimento em unidade residencial onde grupos de até 10 idosos são acolhidos. Deve contar com pessoal habilitado, treinado e supervisionado por equipe técnica capacitada para auxiliar nas atividades da vida diária; 2. Atendimento em unidade institucional com característica domiciliar que acolhe idosos com diferentes necessidades e graus de dependência. A capacidade de atendimento das unidades deve seguir as normas da Vigilância Sanitária, devendo ser assegurado o atendimento de qualidade, personalizado, com até quatro idosos por quarto.</p>
	<p>- Cartilha do Idoso- CAC- Centro de atendimento a Comunidade- em parceria com a Unochapecó, Prefeitura de Chapecó e SEASC.</p>	<p>Foi embasado no Estatuto do Idoso.</p> <p>Traz a aprovação do estatuto.</p> <p>Comemoração do Dia Internacional da Pessoa Idosa.</p> <p>Direito a Vida, alimentos, liberdade, respeito, dignidade, saúde, profissionalização, educação, cultura, esporte, lazer, habitação, renda. Descreve o Benefício da Prestação Continuada e onde requerer.</p> <p>Informações sobre crédito consignado. Alerta quanto ao não fornecimento de cartão e senha.</p> <p>Traz a questão do transporte, sendo que a nível municipal a pessoa maior de 65 anos tem direito a gratuidade no transporte urbano, apresentando o documento oficial com foto ou passe emitido pela empresa. Orienta que para confecção da carteirinha é necessário ir até a defesa do cidadão, no setor de transportes públicos, apresentando documento oficial com foto, comprovante de residência e foto 3x4.</p> <p>Transporte coletivo interestadual: duas poltronas são</p>

		<p>reservadas para idosos com renda de até dois salários mínimos. Caso não haja as vagas, eles tem direito a desconto de 50% no valor da passagem. Para adquirir necessita que o idoso apresente documento oficial com foto e comprovante de renda.</p> <p>Traz o atendimento prioritário aos idosos, em prestadores de serviços à população.</p> <p>Acesso ao jurídico- prioridade na tramitação de processos.</p> <p>Crimes contra idosos.</p> <p>Medidas de proteção- Ministério público, CRAS, CREAS, SESAU, Delegacia da Criança, Mulher e Idoso, Conselho Municipal dos Direitos do Idoso, Escritório Sócio Jurídico da Unochapecó.</p> <p>Conceitua o Conselho Municipal dos Direitos dos Idosos e descreve as entidades que faziam parte da gestão de 2011/2013 do município de Chapecó.</p> <p>Telefones úteis.</p>
	<p>- Plano de Trabalho da Cidade do Idoso- 2009</p>	<p>Maio de 2009- Elaborado quando a atual coordenadora assumiu o serviço.</p> <p>Conjunto de ações que proporcionem aos idosos sensação de satisfação e bem estar.</p> <p>Descreve Estratégias para alcance de objetivos.</p> <p>Definições de objetivos a curto, médio e longo prazo.</p>

Fonte: Estabelecimentos Assistência Social Chapecó, SEASC, 2014.

5.3.4 O Estatuto do Idoso como Perspectiva

A busca telematizada realizou-se como uma referência das diretrizes a serem utilizadas por serviços de saúde e assistência social voltados a idosos, pois correspondem a estudos científicos, bem como medidas, normas e legislações governamentais que deveriam atender as necessidades dessa população. Assim, percebe-se que os resultados da busca telematizada

aproximam-se em pequenas partes com os resultados encontrados como documentos nos serviços tanto de saúde como de assistência social, sendo todos os documentos separados em categorias, as quais são demonstradas na (**Figura 8**):

Figura 8- Categorização das Políticas: o auxílio da análise documental.

CATEGORIA	PESQUISA TELEMATIZADA (SISAP)	NOTÍCIAS (SDR CHAPECÓ E MDS)	SERVIÇOS DE SAÚDE	SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
DIREITOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estatuto do idoso ; ✓ Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; ✓ Política Nacional do Idoso; ✓ Acompanhante Hospitalar de Pacientes; ✓ Advertências e Recomendações sobre Usos de Medicamentos; ✓ Conselho Nacional dos Direitos do Idoso; ✓ Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conselho Municipal dos Direitos do Idoso, fiscalização de políticas públicas e enfrentamento violência; ✓ Transporte municipal e interestadual gratuito para idosos; ✓ Conferência Regional dos Direitos da Pessoa Idosa; ✓ Carteira do idoso; 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cartilha do Idoso- CAC;
DIRETRIZES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil; ✓ Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso; ✓ Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso; ✓ Dia Nacional do Idoso; 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ 15 de junho Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a pessoa Idosa; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientações Técnicas Centro de Referência de Assistência Social – CRAS; ✓ Diretrizes para o Acompanhamento Familiar no âmbito do PAIF; ✓ Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Pessoas Idosas- Orientações Técnicas. ✓ Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais;
PROGRAMAS/PRO- TOCOLOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Programa Nacional de Cuidadores de Idosos; ✓ Fundo Nacional do Idoso; ✓ Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa; ✓ Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Osteoporose; ✓ Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer; ✓ Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Doença de Alzheimer; ✓ Programa Nacional de Imunizações; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa ; ✓ Mal de Alzheimer; ✓ Vacina contra a gripe; ✓ Serviços de Convivência e fortalecimento de vínculos; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; ✓ Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas;SC; ✓ Prevenção de quedas de pessoas idosas, MS; ✓ Vacine-se (gripe). Prefeitura de Chapecó; ✓ Deixe a gripe na saudade. Vacina-se. MS ; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plano de Trabalho da Cidade do Idoso;
ESTÍMULO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS (ALIMENTAÇÃO, EXERCÍCIOS FÍSICOS, CONVIVÊNCIA SOCIAL)		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Jogos Abertos da Terceira Idade ; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Viver mais e melhor; ✓ Cartilha de Saúde do Idoso; 	

Fonte: Autores, 2014.

Grande parte dos documentos tinha como referência o Estatuto do Idoso, e citavam pequenos trechos importantes do mesmo, tendo como destaque o artigo 3 que determina o Estado, a família e a sociedade, como responsáveis pelo bem-estar do idoso e o atendimento ao mesmo em absoluta prioridade a efetivação do “direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 2003).

Todos os estabelecimentos visitados citaram o “Estatuto do Idoso”, como principal normativa utilizada para o atendimento aos idosos. No entanto, evidenciou-se que grande parte deles não possuía uma cópia física do documento. Com a rotina do dia-a-dia e demais tarefas corriqueiras, acaba por se deixar de lado e até esquecido no momento do planejamento e embasamento das ações pensadas na atenção ao idoso.

A única categoria que apresentou resultados em todos os sites da pesquisa telematizada e em ambos os serviços, foi o “**Programas/ protocolos**”. Na Cidade do Idoso o documento coletado baseia-se num plano de atividades, denominado “Plano de Trabalho da Cidade do Idoso”, elaborado para o planejamento e alcance de metas das atividades elaboradas e oferecidas no local. Já o documento coletado nos serviços de saúde e também na pesquisa telematizada “Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa” congrega diversas ações, e constitui-se de um histórico de todas as ações desenvolvidas à pessoa idosa.

A função primordial da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é, portanto, propiciar um levantamento periódico de determinadas condições do indivíduo idoso e de outros aspectos que possam interferir no seu bem estar. Antes do adoecimento orgânico, a pessoa idosa apresenta alguns sinais de risco e é função do profissional de saúde, por meio do registro na caderneta, identificar esses sinais para que as ações possam ser assumidas de maneira precoce, contribuindo não apenas para a melhoria da qualidade de vida individual, mas também para uma saúde pública mais consciente e eficaz (BRASIL, 2008, p. 6).

Como achado, teve-se que os CSF ainda não possuem uma visão clara da função que devem desenvolver para com os usuários. Alguns acreditam que se trata de assistência recuperativa, e outros que se baseia apenas em ações de prevenção e promoção da saúde. Além de ainda não se ter bem clara o conceito da função do CSF pelos coordenadores, eles ainda não estão preparados para trabalhar com idosos. Os idosos possuem algumas limitações e especificações que são necessárias serem levados em consideração no momento do atendimento. Se existe a lei do atendimento prioritário, é para que essas necessidades sejam levadas em consideração. Ainda em nível de atenção primária, identificou-se que o

documento “Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa” não é mais utilizado. O documento se faz necessário para a integralidade do cuidado, pois muitas informações acabam se perdendo na rede, a qual esse instrumento poderia servir como integralizador.

O documento da mesma categoria, “Fundo Nacional do Idoso”, trata-se de incentivo à doação de fundos para atividades a serem realizadas com idosos. O incentivo se baseia na dedução de imposto de renda de pessoa física ou jurídica que faça tal ação/doação. O documento “Plano de enfrentamento de violência contra a pessoa idosa” tem por objetivo promover ações que levem ao cumprimento do Estatuto do Idoso, tratando do enfrentamento da exclusão social e de todas as formas de violência contra esse grupo social (BRASIL, 2005).

O “Programa Nacional de Cuidadores de idosos” visa à capacitação de recursos humanos nas diferentes modalidades de cuidadores: domiciliar familiar e não-familiar, e institucional. Esse programa é coerente com a nova demanda do mercado de trabalho, em virtude do crescente fenômeno do envelhecimento humano (COLOMÉ; et al, 2011).

O documento da categoria “Protocolo Clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da osteoporose”, define condutas a serem tomadas para prevenção, tratamento e acompanhamento dos pacientes que possuem a osteoporose, a qual:

É uma doença metabólica do tecido ósseo, caracterizada por perda gradual da massa óssea, que enfraquece os ossos por deterioração da microarquitetura tecidual óssea, tornando-os mais frágeis e suscetíveis a fraturas. A perda da independência funcional, decorrente da incapacidade de deambular, é a principal consequência da fratura de quadril, seja por limitação funcional ou por medo de quedas. A “inatividade física leva à piora da osteoporose e aumenta ainda mais os riscos de quedas e novas fraturas” (SANTOS; et al, 2010, p. 290).

O “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Doença de Alzheimer” estabelece os requisitos para diagnóstico e condutas de tratamento, e também estabelece que esse diagnóstico, tratamento e acompanhamento aos portadores da doença de Alzheimer devem ocorrer nos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. O “Programa de assistência aos portadores da doença de Alzheimer” estabelece o fornecimento de medicamentos aos portadores da doença de Alzheimer gratuitos pelo SUS. No Estado de Santa Catarina, em busca realizada em indicadores do site SISAP, no ano de 2011, 3.432 pessoas idosas receberam os medicamento para tratamento da doença de Alzheimer, e na cidade de Chapecó, no mesmo ano, 99 idosos receberam a medicação (SISAP, 2014).

Na categoria “**Programas e Protocolos**”, dois documentos o “Vaccine-se gripe” e o “Deixe a Gripe na Saudade”, retratavam orientações quanto a questões de vacinação, em

especial a campanha da gripe, contra o vírus *Influenza H1N1* para idosos. Um dos documentos da categoria definia o que significa a doença, e formas de transmissão. A campanha de Vacinação entra de acordo com o descrito no Guia de Vacinação de Geriatria da Sociedade Brasileira de Geriatria e da Sociedade Brasileira de Imunizações:

Dentre as infecções preveníveis por meio de vacinas, as mais frequentes em idosos são as do trato respiratório, destacando-se as infecções por influenza. A vacinação é a medida mais eficaz para prevenir a gripe e reduzir a morbimortalidade associada a doença nesse grupo populacional e, nas últimas décadas, essa medida tem sido usada com sucesso para reduzir os impactos da enfermidade nessa população (GUIA DE VACINAÇÃO, 2013/14, p. 7).

Os documentos que abordavam quedas também entraram nessa categoria, pois se tratar de um programa do Ministério da Saúde. As quedas se definem como perda total do equilíbrio postural, e em idosos suas causas podem ser variadas e estar associadas. Os fatores podem ser intrínsecos, devido ao próprio processo de envelhecimento, e extrínsecos, que dependem de circunstâncias sociais e ambientais que criam desafios aos idosos (FABRÍCIO, 2004, p. 97). Esse assunto foi um dos temas abordados nos documentos levantados. Preocuparam-se em promover a saúde, como principal fator para se evitar as quedas. O fator de promoção e prevenção das quedas é de extrema importância, para se evitar o “custo social [...] que é imenso e torna-se maior quando o idoso tem diminuição da autonomia e da independência ou passa a necessitar de institucionalização” (FABRÍCIO, 2004, p. 94).

A atividade física regular é importante para a manutenção da funcionalidade, mas quando o idoso tem uma queda há diminuição da autoconfiança, o que pode levar a menor nível de atividade física, ocasionando redução da força muscular e conseqüentemente, um aumento do risco de quedas (BENTO; et al, 2010, p. 472).

A categoria “**Estímulos de hábitos saudáveis (alimentação, exercícios físicos e convivência social)**” demonstra formas para se alcançar uma maior qualidade de vida, através de hábitos saudáveis, como os cuidados com a alimentação. A alimentação saudável é um dos fatores que contribuem para a manutenção da saúde e conseqüente um bom envelhecimento. Por contribuir com a promoção a saúde, a orientação nutricional deve ser de atenção à saúde da pessoa idosa. Além da boa alimentação, os horários das refeições, se fazem como espaços de aumento de vínculos, de relacionamentos, o que também contribui na maior qualidade de vida (BRASIL, 2009; MENEZES, et al, 2010).

Seguindo a mesma categoria, temos a prática de exercícios físicos como forma de promoção da saúde e prevenção de doenças. “O processo de envelhecimento varia bastante entre as pessoas e é influenciado pelo estilo de vida e por fatores genéticos do indivíduo” (CIVINSKI; et al, 2011, p. 166-167). No cap. II, art. 10, inciso IV, é mencionado o direito a prática de esportes e de diversões (BRASIL, 2003).

A SEASC desenvolve o programa “SUPERidade”, o qual tem por objetivo a realização de atividades esportivas, com adaptações de modalidades esportivas para a idade mais avançada. Chapecó possui 42 grupos desse programa. Os mesmos são desenvolvidos nos próprios bairros, duas vezes por semana, sob orientação de educadores físicos. Qualquer pessoa pode participar dessas atividades, porém necessita possuir um atestado médico, de que está apto a realizar as atividades. Neste ano de 2014 foi realizado a 9º edição dos jogos “SUPERidade”, que contiveram as seguintes modalidades: Vôlei, Câmbio (um tipo de vôlei adaptado), basquetebol e handebol.

A coleta e análise dos documentos possibilitaram evidenciar que o nível de assistência mais frequente é o de proteção social básica e atenção primária, os quais se adequam a essa categoria “Estímulo de Hábitos Saudáveis”. Esses níveis assumem maior responsabilidade pelas ações de promoção de potencialidades e estímulo no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, procurando prevenir situações de vulnerabilidade social, e promoção da saúde e prevenção de doenças.

A promoção e prevenção da saúde foram abordados, sem interligação da atenção primária com os demais níveis de atenção. Um dos fatores dessa articulação deve-se ao financiamento dos serviços de saúde:

A atenção básica é financiada por programas e *per capita*, que induzem a uma alteração no padrão de atenção, a média e alta complexidade é remunerada por procedimentos.[...]. Essa forma de financiamento é difícil de ser avaliada em termos de eficiência [...], e o baixo grau de resolutividade da atenção básica, incha[...] a demanda nos demais níveis de complexidade, [...] que não absorvem os encaminhamentos realizados, criando os conhecidos gargalos (MOTA; et al, 2009, p. 236).

Possui-se dificuldade em construir modelos de assistência que se baseiem na concepção ampliada de saúde. O lado social é uma temática que com o conceito ampliado de saúde, vem ganhando força em todas as profissões que trabalham no âmbito da saúde (MOTA; et al, 2009). Os ACS (Agentes Comunitários de Saúde), dentre suas atribuições existem ações referentes ao social, o qual tem supervisão do enfermeiro (MOTA; et al, 2009).

Mota et al (2009, p. 220) refere que essa função de supervisão não deveria ser realizada pelo profissional enfermeiro, devido o conhecimento de tais ações e conceitos se fazerem presente em toda formação do profissional assistente social, e que a supervisão do enfermeiro é de “baixa resolutividade [...] e de alta irresponsabilidade”. Discorda-se do autor, pois o enfermeiro é um dos profissionais que deve possuir olhar holístico e ampliado sobre todas as determinantes e condicionantes de saúde de toda população, sendo o social uma das determinantes que mais influenciam no processo saúde-doença.

Na categoria “**Diretrizes**” encontrou-se documentos que abordavam formas de organização de estabelecimentos de atenção ao idoso. O documento “Normas de funcionamento de serviços de atenção a idosos no Brasil” traz como diretriz básica a família como centralidade da atenção, o que entra de acordo com o documento “Diretrizes para o acompanhamento familiar no âmbito do PAIF”, e também com o documento “Tipificação nacional de serviços socioassistenciais”, os quais citam a família, como sujeito central do cuidado. É através do contexto (família/relações) que as pessoas vivem que as ações podem e devem ser planejadas continuamente.

Os documentos “Redes Estaduais de Assistência à saúde do idoso” e o documento “Normas de cadastramento de centros de referência em assistência à saúde do idoso”, estipulam normas que hospitais devem possuir para constituírem um estabelecimento de referência à saúde do idoso. Os centros de referência devem seguir as diretrizes da Política Nacional do idoso:

Promoção do envelhecimento saudável; manutenção da autonomia e da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida e, apoio ao desenvolvimento de cuidados informais (BRASIL, 2002).

A definição de cada tipo de violência entrou na categoria “**Diretrizes**”. A violência contra a pessoa idosa pode ser: abuso físico, psicológico, sexual, abandono, negligência, abusos financeiros e autonegligência (BRASIL, 2014, p. 39). Os documentos orientavam formas de denúncias, e as instâncias a serem procuradas para a efetivação do relato de violência, como o Conselho Nacional de Direitos da Pessoa Idosa, a qual também possui instância a nível municipal, como encontrado em notícias na pesquisa telematizada, sendo que o Conselho Municipal do Idoso se constitui como uma instância de controle social, o qual para buscar a garantia dos direitos da pessoa idosa, deve estar atento as políticas públicas existentes.

A violência contra a pessoa idosa pode assumir várias formas e ocorrer em diferentes situações. Por diferentes motivos, entretanto, é impossível dimensioná-la em toda a sua abrangência: ela é subdiagnosticada e subnotificada. A Lei 12.461 de 26 de julho de 2011 que reformula o artigo 19 do Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003) ressaltou a obrigatoriedade da notificação dos profissionais de saúde, de instituições públicas ou privadas, às autoridades sanitárias quando constatarem casos de suspeita ou confirmação de violência contra pessoas idosas, bem como a sua comunicação aos seguintes órgãos: Autoridade Policial; Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso; Conselho Nacional do Idoso. Falamos, pois, de violências visíveis e invisíveis (BRASIL, 2014, p. 37).

A categoria “**Direitos**” apresenta a normativas “Estatuto do idoso” o qual se constitui como avanço para o sistema legal brasileiro, mas com desafios, como o de implementar novas práticas de assistência ao idoso e assegurar a atenção integral por meio do SUS, garantindo-lhe acesso universal (ARAÚJO, 2008, p. 123). O Estatuto do Idoso afirma no seu art. 3 que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso absoluta prioridade ao atendimento imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população. Ele possui preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas; capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos; e garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social local (BRASIL, 2003).

A “Política Nacional do Idoso” criou o Conselho Nacional do Idoso e teve por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso através da criação de condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (SISAP, 2014). A “Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa” procura desenvolver a assistência ao idoso de forma integral, tendo por objetivo “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006).

O “Acompanhamento Hospitalar de pacientes” refere-se à obrigação dos hospitais de fornecerem condições para que pacientes idosos possuam um acompanhante em qualquer atendimento. O “Advertências e recomendações sobre uso de medicamentos” tratam-se da obrigação de todos os laboratórios fabricantes de medicamentos descreverem em suas bulas, as recomendações do uso de cada medicação, para pessoas a partir de 65 anos.

Já o “Benefício da Prestação Continuada de assistência social” conforme o cap. VIII, art. 34. é assegurado aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, o benefício mensal de 1

(um) salário-mínimo mensal (BRASIL, 2003). Esse foi um dos direitos dos idosos mais presentes nos documentos coletados nas duas secretarias. Os CRAS constituem-se como o serviço que os idosos mais acessam para buscar informações referentes a questões envolvendo a previdência social. Muitos procuram esse espaço por acreditarem que são os assistentes sociais que conseguem o “auxílio”, mas na verdade os mesmos apenas realizam a orientação e encaminhamento para as agências da previdência social.

O “Conselho Nacional dos direitos do idoso” o qual é um integrante da estrutura básica da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, que tem por finalidade elaborar as diretrizes para implementação da Política Nacional do Idoso, seguindo as diretrizes do Estatuto do Idoso (SISAP, 2014). Esse documento segue outro documento encontrado que se encaixou na mesma categoria “Conselho Municipal dos direitos do idoso”, o qual possui os mesmos deveres do anterior, mas agora em nível municipal.

Pelo documento “Conferência Regional dos direitos da pessoa idosa” se constituir de uma notícia, ela possui o papel de informar sobre a atividade desenvolvida no município para se discutir assuntos pertinentes aos direitos dos idosos, também estando de acordo com os demais assuntos acima citados dessa categoria “**Direitos**”.

No documento “Transporte municipal e interestadual gratuito para idosos”, no cap. X, art. 39 do Estatuto do Idoso, aos maiores de 65 anos é assegurada a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semi-urbanos. Já o art. 40º, diz que no sistema de transporte coletivo interestadual é obrigatória a reserva de 2 (duas) vagas gratuitas por veículo para idosos com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos ou desconto de 50%, no mínimo, no valor das passagens, para os idosos que excederem as vagas gratuitas, com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos (BRASIL, 2003). Para que o direito da compra da passagem interestadual, o idoso deve apresentar o comprovante de renda, ou então possuir cadastro no CAD Único (Cadastro Único), da assistência social, realizado nos CRAS, o qual também possibilita o acesso e participação a diversos serviços/programas do Governo Federal. Para que esses direitos sejam disponibilizados ao idoso o documento “Carteira do Idoso” é um instrumento de concessão.

O último documento da categoria é a “Cartilha do Idoso- CAC”. Esse documento constitui-se de um resumo de todos os documentos dessa categoria “Direitos”. Foi elaborado com o intuito de informar a população idosa sobre as mais importantes normativas que lhe asseguram direitos.

No art. 15 do Estatuto do Idoso é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção,

promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003). Para se alcançar o cuidado integral uma rede de serviços nos três níveis de complexidade, é preciso ser planejada e construída através de parcerias e embasamento das ações e atitudes tomadas.

A rede de saúde do município de Chapecó foi retratada e explicitada em uma cartilha, denominada: **Rede de Atenção à Saúde do Município de Chapecó, “Onde e quando procurar”**, desenvolvido pela SESAU. A idéia principal desse material foi o de informar os tipos de serviços disponíveis, e as ações que cada um desenvolve, para que seja seguido um fluxo dos serviços. Nesse material é citado: os Centros de Saúde, a UPA, o HRO e o Hospital da Criança (Chapecó, 2014).

O objetivo principal da confecção do material pode ser compreendido através da notícia publicada na página oficial do município de Chapecó, publicado no dia 10 de fevereiro de 2014:

A cartilha foi elaborada com a finalidade de orientar a população do município sobre qual serviço de saúde deverá ser procurado para atender suas necessidades [...], destaca ainda que Chapecó possui uma Rede de Atenção a Saúde estruturada e resolutiva, porém é fundamental que os usuários tenham conhecimento dos serviços (Chapecó, 2014).

Refletindo sobre o exposto acima, e também através da coleta de dados, e experiências vivenciadas nos serviços de saúde de Chapecó, conclui-se que a cidade possui sim serviços distribuídos em todo território, nos três níveis de atenção, os quais buscam proporcionar a integralidade do cuidado. Porém afirma-se que esses serviços ainda sofrem com uma grande fragmentação, a qual impossibilita a efetivação e qualidade dos serviços oferecidos à população, seguindo o conceito colocado por Mendes:

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população, (MENDES, 2010, p. 2300).

É necessário uma reorientação dos serviços de saúde, investindo-se principalmente na atenção básica com discussões de estratégias preventivas e de promoção à saúde do idoso. Por outro lado, os profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam na rede de

atenção básica devem ser alvo de treinamento e capacitação continuados para se adequarem às necessidades da população idosa (CAMACHO, 2010, p. 280).

Evidencia-se, na prática, escassez de recursos humanos especializados para cumprir as diretrizes essenciais, como a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional. Ainda são encontrados idosos em longas filas de espera para agendamento de consulta médica especializada, bem como para exames e internação hospitalar (ARAÚJO, 2008, p. 124)

A Lei nº 11.436, de 7 de junho de 2000, do governo do Estado de Santa Catarina, dispõe sobre a Política Estadual do Idoso, que em seu capítulo III do art. 8º, descreve: “Compete as Secretarias de Estado envolvidas na Política Estadual do Idoso, dentro de suas competências, promover a capacitação de recursos humanos voltados ao atendimento da pessoa idosa em regime asilar e não-asilar” (SC, 2001). Possuem-se normativas (decreto e Estatuto) que ordenam a capacitação de profissionais para trabalharem especificamente com idosos, porém percebe-se que falta a visão de gestores e políticos, na efetivação dessas questões.

Além da reformulação e maior capacitação dos profissionais da atenção primária à saúde do idoso, é preciso lembrar uma palavra, a qual faz com que a Rede se torna um elo, e efetive a integralidade- a interdisciplinaridade. “A interdisciplinaridade é um processo dinâmico, consciente e ativo, de reconhecimento das diferenças e de articulação de objetos e de conhecimento distintos, que contribui para a superação do isolamento dos saberes” (MDS, 2009, p. 65).

Os serviços de saúde constituem uma rede, que se intercomunicam entre si, e a rede de assistência social também se comunica entre si (com os serviços sociais). Essas duas redes precisam saber que para que o trabalho de uma funcione, seja efetivo, o trabalho da outra se faz necessário. Fonseca, 2012, mostra que é preciso ir além do vínculo apenas do setor saúde com o social. É preciso aproximação com outros setores que responda a todas as determinantes e condicionantes de saúde do idoso (FONSECA, 2012, p. 63-64).

A intersetorialidade se refere à articulação entre setores e saberes, para responder, de forma integrada, a um objetivo comum. É uma nova maneira de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas, que possibilita a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais, para produzir efeitos mais significativos na vida da população, respondendo com efetividade a problemas sociais complexos. A intersetorialidade se materializa mediante a criação de espaços de comunicação, do aumento da capacidade de negociação e da disponibilidade em se trabalhar com conflitos (MDS, 2009, p. 26).

O modelo atual existente de atenção aos idosos ainda não é adequado, pois não atende totalmente as suas necessidades e integralidade. Os problemas de saúde do idoso, além de serem de longa duração, requerem pessoal qualificado e equipes multidisciplinares. (ARAÚJO, 2008, p. 124). Existe a necessidade na realização de pesquisas contínuas sobre questões relacionadas à assistência aos idosos, voltadas para a divulgação e o conhecimento dos profissionais de saúde que cuidam desse público (CAMACHO, 2010, p. 283).

De acordo com o exposto, acredita-se na necessidade de, cada vez mais, buscar-se a integração entre as redes de serviços de saúde e de assistência social, focalizando a perspectiva da pessoa idosa como análise central desta investigação, mas se entende também que essa é uma ação que igualmente beneficiaria a todas as fases do ciclo vital.

Com o surgimento das Redes de Atenção à Saúde, sobretudo no município de Chapecó, percebe-se o esforço na busca pela implantação de tal política, mas por outro lado, compreendem-se os desafios a serem ultrapassados para que a mesma se efetive.

De outra forma, entende-se que as redes de serviços devem procurar o trabalho conjunto, independente da completa institucionalização das RAS, pois serviços de saúde e assistência estão pautados por políticas públicas que em muitos momentos se complementam. Assim como a rede de serviços, ou até mesmo anterior aos serviços, estão as políticas públicas com enorme potencial de congregar uma grande Rede de Políticas, as quais poderão refletir significativamente na integração e fortalecimento da integralidade e intersetorialidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que os objetivos propostos foram alcançados, os quais eram o de identificar os serviços de saúde e de assistência social de Chapecó, além de saber a localização de cada um, e também de analisar as normativas utilizadas por esses serviços para assistirem ao idoso. Evidenciou-se que o município conta com uma boa infraestrutura de serviços de assistência aos idosos, tanto de saúde como de assistência social e em ambos níveis de atenção e complexidade. Afirma-se que pela análise dos documentos coletados na pesquisa telematizada, com os documentos dos serviços que prestam assistência ao idoso no município, percebeu-se que ainda há diretrizes a serem implementadas ou mesmo repensadas, evidenciando os obstáculos entre o que é preconizado pelos órgãos do Ministério da Saúde, do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e das leis e decretos do Governo Federal, com o que realmente é utilizado para embasar as ações para idosos nos serviços do município. Acredita-se no apoio e sensibilidade dos gestores municipais no sentido de conhecerem as normativas existentes para a assistência ao idoso, e que as mesmas possam integrar os momentos de planejamento das metas e ações futuras e assim organizar seus serviços conforme a necessidade da população idosa.

O estudo apresentou algumas limitações, tais como a ausência dos dados de serviços de atenção terciária da região, os quais são fundamentais para analisar as causas pelas quais os idosos costumam acessar serviços mais complexos em Chapecó, além da intenção clara da pesquisadora em conhecer mais abrangentemente a rede de serviços oferecidos aos idosos em todos os níveis de atenção, incluindo a atenção hospitalar.

Assim, não foi possível a inclusão de dados de nível terciário da atenção a saúde no município de Chapecó, tendo em vista a espera de liberação de pesquisa ao banco de dados secundários da instituição de alta complexidade.

Também não foi possível o acesso ao número atualizado e total de idosos cadastrados por unidade de saúde devido às dificuldades de logística de informática na geração de relatórios, que apresentaram um custo financeiro para sua confecção pelo sistema o qual o projeto não previa, pois são informações de acesso público e que muitas vezes são repassadas a outras esferas de gestão. Algumas unidades de saúde também não possuíam o registro de atendimentos mensais de idosos nos relatórios que foram gerados e disponibilizados, o que impossibilitou que todos os serviços fossem inseridos na análise.

Outro ponto de limitação foi à falta de aprimoramento de filtros de busca no sistema da secretaria de assistência social, o qual impossibilitou a coleta do número de atendimentos

de idosos pelos serviços da secretaria. O aprimoramento desses filtros poderão auxiliar no planejamento das ações a serem desenvolvidas com idosos, conforme a demanda de cada estabelecimento.

Um achado interessante chamou atenção, que foi o fato de não se acessar os documentos facilmente nos serviços, ou os mesmos não estarem disponíveis para consulta dos profissionais, deixando uma ideia de que os mesmos não são utilizados. Após uma busca mais aprofundada aos materiais nas bases documentais de cada serviço, observando mais atentamente, encontram-se algumas das políticas, normas e diretrizes voltadas à pessoa idosa. Dessa forma, percebeu-se a necessidade de outro estudo que evidencie, por parte dos gestores, que medidas são adotadas de forma intencional e gerencial para o manejo das situações de atendimento dos idosos. Entende-se como relevante também a oferta dos diversos documentos para apoiar os profissionais no manejo e condutas na relação de cuidado ao idoso.

A identificação dos serviços no mapa da cidade possibilitou uma boa visão da distribuição dos serviços que constituem a rede de saúde e de assistência social de Chapecó. Porém, conclui-se ser necessário que se vá além do saber onde está cada serviço. É preciso saber de que forma cada um se insere na rede de serviços, e como tem se dado a assistência que é prestada. Sugere-se então a elaboração de um novo estudo que evidencie por parte dos usuários idosos como essa assistência se estabelece. O mapeamento dos serviços também deve ser divulgado a todos os usuários do município. Nesse sentido, esta investigação construiu um “Catálogo de Serviços de Saúde e de Assistência Social de Chapecó” e oferecerá a comunidade, por meio de parceria com as secretarias municipais para divulgação e atualização, sendo que esse documento possibilitará ao usuário idoso conhecer as características dos serviços de saúde e assistência conforme sua necessidade e nível de complexidade.

Com as visitas aos estabelecimentos para a coleta dos documentos, percebeu-se que cada serviço, acaba seguindo o perfil de organização e tomada de decisão, baseado nas experiências e conhecimento dos seus gestores/coordenadores. Um novo olhar sobre o planejamento e capacitação de recursos humanos voltadas ao idoso e também ao envelhecimento da população poderá fortalecer a integralidade e intersetorialidade entre saúde e assistência, provocando reflexões sobre marcos teórico e científico. Acredita-se que o mesmo poderá ser pensando para todos os setores integrantes dos níveis de gestão, que não somente saúde e assistência.

A integralidade estará presente quando a intersetorialidade também for inserida nos contextos decisórios, na tomada de decisão de cada caso, cada ação tomada, se constituindo

um ponto a ser repensado e rediscutido entre os gestores das secretarias do município. Os serviços precisam estabelecer um elo, o qual poderá se dar com uma maior comunicação. É necessário que todos os serviços possuam um sistema informatizado, no qual se possa acessar o histórico de cada idoso entre os profissionais dos dois serviços. A complementaridade entre os serviços poderá beneficiar a resolutividade. O sigilo da mesma forma pode ser mantido, não devendo ser essa uma justificativa para a não integração, já que existe uma palavra que deve ser respeitada por todos os profissionais, independente da formação: a Ética.

As políticas públicas são publicadas e atualizadas constantemente para melhor embasar as ações. Necessitam-se da compreensão, adoção e comprometimento na efetivação das mesmas. As normativas são publicadas porque pretendem solucionar problemáticas, facilitando a tomada de decisão e não dificultando o serviço. Mais do que a integralização e articulação entre os serviços, necessita-se que essa vinculação também aconteça com as políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M P S; BRITO, C; BARBOSA, M A. Atenção básica à saúde do idoso no Brasil. **Geriatrics & Gerontologia**. 2008;3(2):122-125.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BENTO, PCB; et al. Exercícios físicos e redução de quedas em idosos. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum** 2010, 12(6):471-479.

BRASIL. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acessado em: 23 de maio de 2014.

_____. Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006. **Dispõe sobre o Dia Nacional do Idoso**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11433.htm>. Acessado em: 19 de maio de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria- Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. **Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1948.htm. Acessado em: 18 de maio de 2014.

_____. Decreto nº 5.109, de 17 de junho DE 2004. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2004/decreto/d5109.htm>. Acessado em: 19 de maio de 2014.

_____. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm>. Acessado em: 23 de maio de 2014.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso dia 15 de novembro de 2014.

_____. Estatuto do idoso: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 e legislação correlata. – 5. ed. – Brasília, DF, 2003: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/763/estatuto_idoso_5ed.pdf>. Acessado em: 18 de maio de 2014.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10741.htm. Acesso dia 14 de outubro de 2014.

_____. Lei nº 11.551, de 19 de novembro de 2007. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11551.htm>. Acessado em: 19 de maio de 2014.

_____. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm>. Acessado em: 23 de maio de 2014.

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Brasília, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm>. Acessado em: 19 de maio de 2014.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Brasília, DF, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde** / Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília: 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa : manual de preenchimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Política nacional do idoso**. Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. 1ª edição. Brasília Reimpresso em maio de 2010.

_____. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Brasília, 1999. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf>. Acessado em: 18 de maio de 2014.

_____. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília, DF, 2010.

_____. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Brasília, DF, 2006.

_____. Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006. Brasília, DF, 2006.

_____. Portaria nº 73, de 10 de Maio de 2001. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/marg/portar/2001/portaria-73-10-maio-2001-325960-norma-seas.html>>. Acessado em: 18 de maio de 2014.

_____. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeDaPessoaIdosa.pdf>. Acesso dia: 27 de novembro de 2014.

_____. Portaria nº 249 de 16 de Abril de 2002. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.idoso.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=85>. Acesso dia: 27/11/2014.

_____. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa** / Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. – Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos. 2005.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasil: **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa**. É possível prevenir. É necessário superar. /Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Texto de Maria Cecília de

Souza Minayo. — Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014.

CABRERA, M. A. S. et al. Mortalidade em idosos. **Geriatrics & Gerontologia**. Londrina, PR, 2007; 1(1): 14-20.

CAMACHO, A C L F; COELHO, M J. Políticas públicas de saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 mar-abr; 63(2): 279-84.

CAMARANO, A.A. e KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235 jan./jun. 2010.

CASTRO, C. L. F. de; et al. **Dicionário de políticas públicas**. Barbacena: EdUEMG, 2012.

CASTRO, M. M. de C. e; OLIVEIRA, L. M. L. de. Trabalho em saúde: desafios contemporâneos para o Serviço Social. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 10, n. 1, p. 26 - 43, jan./jul. 2011.

CARVALHO, G; et al. Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS/ organizador: Silvio Fernandes da Silva. Campinas, SP: **Saberes Editora**, 2013.

CHAPECÓ. Cidade do Idoso é referência internacional. Disponível em: <http://www.chapeco.sc.gov.br/noticias/2576-cidade-do-idoso-e-referencia-internacional.html>. Acesso dia 14 de novembro de 2014.

CECILIO, L. C. O.. Modelos Tecno-Assistenciais em Saúde. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997.

CIELO, P. F. L. D.; et al. A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E O IDOSO. **Revista CEPPG – CESUC – Centro de Ensino Superior de Catalão**, Ano XII nº 21, 2º Semestre/2009.

CIVINSKI, C; et al. A Importância do Exercício Físico no Envelhecimento. **Revista da Unifebe** (Online) 2011; 9(jan/jun):163-175.

COLOMÉ, ICS; et al. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2011 abr/jun;13(2):306-12. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a17.htm>. Acesso dia 27 de novembro de 2014.

DATASUS. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. BRASIL, 2014. Acessado em: 10 de maio de 2014.

DECS/ BIREME. Descritores em Ciências da Saúde. **BVS** (Biblioteca Virtual em Saúde). Disponível em: < <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>>. Acessado dia 07 de julho de 2014.

DUARTE, T. A possibilidade da investigação a 3. **CIES e-Working Papers** (ISSN 1647-0893). Lisboa, PORTUGAL, 2009.

FABRÍCIO SC;C et al . Causas e conseqüências de quedas em idosos. **Rev Saúde Pública** 2004;38(1):93-9.

FALEIROS, V. de P.; RAPOZO, J. M. T. Efetividade da rede de atenção à saúde e à assistência social à pessoa idosa na expressão de usuários e gestores – o caso de Boa Vista/RR. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 10, n. 2, p. 356 - 370, ago./dez. 2011.

FERNANDES, M. das G. M.; SANTOS, S. R. dos; Políticas Públicas E Direitos Do Idoso: Desafios Da Agenda Social Do Brasil Contemporâneo. **CCHLA/UFPB**, s/d.

FERREIRA, P. M.; ROSADO, G. P.; Perfil de usuários e percepção sobre a qualidade do atendimento nutricional em um programa de saúde para a terceira idade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2012; 15 (2): 243-253.

FLICK, U. Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes. Porto Alegre: **Penso**, 2013.

FONSECA, A P. Qualidade de Vida e Rede de Apoio e Proteção ao Idoso Dependente do Município de Chapecó-SC. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais) - **Universidade Comunitária da Região de Chapecó**, 2012.

GIL, A. C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social/ Antonio Carlos Gil. -6. Ed. –São Paulo: **Atlas**, 2008.

GIL, A. C., 1946- Como elaborar projetos de pesquisa/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo : **Atlas**, 2002.

GORDILHO, A.; et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso** – Rio de Janeiro : UnATI, 2000. 92p.

GOTTLIEB, M. G. V.; et al. Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi- mortalidade dos idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, RIO DE JANEIRO, 2011; 14(2):365-380.

GUERRA, H. L.; et al. A morte de idosos na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público de saúde poderia ter evitado. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2000, vol.16, n.2, pp. 545-551. ISSN 0102-311X.

GUIA GLOBAL: cidade amiga do idoso. Organização Mundial da Saúde, 2008.

GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA 2013/14. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Sociedade Brasileira de Imunizações. Rio de Janeiro.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Projeto UNFPA/BRASIL (BRA/02/p02) – População e Desenvolvimento – Sistematização das medidas e indicadores sociodemográficos oriundos da Projeção da população por sexo e idade, por método demográfico, das Grandes Regiões e Unidades da Federação para o período 1991/2030. Rio de Janeiro, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 9. Rio de Janeiro, RJ - Brasil, 2002.

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e pesquisas informação demográfica e socioeconômica. N° 25. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil, 2009.

IBGE. Sinopse do censo demográfico 2010. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e estatística- IBGE**. Rio de Janeiro, 2011.

MARIN, M. J. S. et al. História de vida de idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p.147-154, 2012.

MDS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/>. Acesso dia 20 de novembro de 2014.

MENDES, E. V. As Redes De Atenção À Saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011.

MENDES, E V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2297-2305. ISSN 1413-8123.

MENEZES, MFG, et al. Alimentação saudável na experiência de idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [online]. 2010, vol.13, n.2, pp. 267-276. ISSN 1809-9823.

MOIMAZ, S.A.S; GARBIN, C.A.S; et al. O idoso no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 61-69, jun.2009.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saude, 2012.

MOTA, A E...[et al], (orgs). Serviço Social e Saúde – 4. Ed. – São Paulo: **Cortez**; Brasília<DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

NOB/SUAS. Norma operacional básica NOB/SUAS. **Ministério do desenvolvimento social e combate à fome secretaria nacional de assistência social**. BRASÍLIA, julho de 2005.

OLIVEIRA, EXG et al. Redes de Atenção Hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):386-402, mar- a b r, 2004.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Políticas Integradas em Rede e a Construção de Espaços Saudáveis: boas práticas para a Iniciativa do Rostos, Vozes e Lugares. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2010.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde : resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. / Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011.

MDS. Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS/ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. – 1. ed. – Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009. 72 p.

PESSOA, VM; RIGOTTO, RM; CARNEIRO, FF and TEIXEIRA, ACA. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.8, pp. 2253-2262. ISSN 1413-8123.

PNAS. Política nacional de assistência social PNAS- 2004. **Norma operacional básica NOB/ SUAS**. Brasília, Novembro de 2005.

PREFEITURA DE CHAPECÓ-Notícias. Disponível em: <http://www.chapeco.sc.gov.br/noticias/3331-cartilha-secretaria-de-saude-orienta-como-acessar-servicos-da-rede.html>. Acesso dia 11/11/2014. Publicado dia: 10/02/2014.

MS. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso**: guia operacional e portarias relacionadas / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

RODRIGUES, P. H.. Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS/ Paulo Henrique Rodrigues, Isabela Soares Santos. 2º edição revista e ampliada. São Paulo: Editora **Atheneu**, 2011.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**[online], São Paulo, v. 20, n.2, 2007.

SANTOS, ML; BORGES, GF. Exercício físico no tratamento e prevenção de idosos com osteoporose . **Fisioter Mov.** 2010 abr/jun;23(2):289-99.

SC. Governo do Estado de Santa Catarina. Decreto nº 3.514, de 29 de novembro de 2001. Disponível em: <http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/2001/003514-005-0-2001-003.htm>. Acesso dia 17 de novembro de 2014.

SDR Chapecó, Disponível em: <http://www.sdrs.sc.gov.br/sdrchapeco/>. Acesso dia 07 de novembro de 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- CHAPECÓ. **Plano municipal de Saúde- Gestão 2010-2013**. Disponível em: < <http://www.chapeco.sc.gov.br/secretarias/secretaria-de-saude-sesau-/downloads.html>>. Acessado em: 05 de maio de 2014.

SISAP. Sistema de Indicadores de Saúde e acompanhamento de políticas do idoso. Disponível: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/>. Acesso dia: 13 de novembro de 2014.

TEIXEIRA, S. M. F. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde/ Sonia Fleury, Assis Mafort Ouverney. –Rio de Janeiro: Editora **FGV**, 2007.

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 779-786, 2011.

_____ ; PARAHYBA MI. Anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10): 2479-2489, out, 2007. <<http://www.chapeco.sc.gov.br/secretarias/secretaria-de-saude-sesau-/downloads.html>>. Acessado em: 05 de maio de 2014.

APÊNDICE A - Termo de Aceite e Concordância SESAU

APÊNDICE A - TERMO DE ACEITE E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado: **A REDE DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: CONHECENDO OS SERVIÇOS PARA IDOSOS EM CHAPECÓ/SC** tem como objetivo geral: **Conhecer os serviços que compõem a rede de saúde e de assistência social, voltados para o atendimento de pessoas idosas no município de Chapecó/ SC, analisando como tem se dado a atuação desses serviços desde a criação do Estatuto do Idoso**, bem como os objetivos específicos de: **1) Identificar os serviços que compõem a rede de saúde e de assistência social, oferecidos aos idosos no município de Chapecó/SC, mapeando a distribuição dos mesmos desde a criação do Estatuto do Idoso; 2) Analisar a atuação da rede de serviços de saúde e de assistência social, oferecidas aos idosos no município de Chapecó/ SC, sob a perspectiva do Estatuto do Idoso; 3) Elaborar um manual, catalogando os serviços que compõem a rede de saúde e de assistência social, oferecidos aos idosos no município de Chapecó/SC.**

Dessa forma, concordo com o acesso às informações para a referida pesquisa.

Chapecó, 25 de JUNHO de 2014.

Maicon Jones Atua
Diretor de Atenção à Saúde
Mat. 55246
FMS Chapecó-SC

Assinatura: _____

Nome: Maicon J. Atua-H

Cargo/carimbo do (a) responsável: _____

Ciente do exposto acima: Adriana Remião Luzardo

Orientadora: Profa. Adriana Remião Luzardo

APÊNDICE B- Termo de Aceite e Concordância SEASC
APÊNDICE A - TERMO DE ACEITE E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado: **A REDE DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: CONHECENDO OS SERVIÇOS PARA IDOSOS EM CHAPECÓ/SC** tem como objetivo geral: **Conhecer os serviços que compõem a rede de saúde e de assistência social, voltados para o atendimento de pessoas idosas no município de Chapecó/ SC, analisando como tem se dado a atuação desses serviços desde a criação do Estatuto do Idoso**, bem como os objetivos específicos de: **1) Identificar os serviços que compõem a rede de saúde e de assistência social, oferecidos aos idosos no município de Chapecó/SC, mapeando a distribuição dos mesmos desde a criação do Estatuto do Idoso; 2) Analisar a atuação da rede de serviços de saúde e de assistência social, oferecidas aos idosos no município de Chapecó/ SC, sob a perspectiva do Estatuto do Idoso; 3) Elaborar um manual, catalogando os serviços que compõem a rede de saúde e de assistência social, oferecidos aos idosos no município de Chapecó/SC.**

Dessa forma, concordo com o acesso às informações para a referida pesquisa.

Chapecó, 25 de Julho de 2014.

Assinatura: Ivaldo Pizzinatto
 Secretário
 Secretaria de Assistência Social

Nome: _____

Cargo/carimbo do (a) responsável: _____

Ciente do exposto acima: Adriana Remião Luzardo
Orientadora: Profa. Adriana Remião Luzardo

APÊNDICE C- Termo de Compromisso



APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - CAMPUS CHAPECÓ

As pesquisadoras do projeto intitulado: **A REDE DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: CONHECENDO OS SERVIÇOS PARA IDOSOS EM CHAPECÓ/SC** comprometem-se a preservar a privacidade das informações acessadas nos bancos de dados secundários e serviços da Prefeitura Municipal de Chapecó, a saber: *Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Assistência Social*.

Concordam ainda que essas informações serão utilizadas exclusivamente para execução do presente projeto, principalmente para atender ao objetivo geral de: *Conhecer os serviços que compõem a rede de saúde e de assistência social, voltados para o atendimento de pessoas idosas no município de Chapecó/SC, analisando como tem se dado a atuação desses serviços desde a criação do Estatuto do Idoso*, bem como aos objetivos específicos:

1) *Identificar os serviços que compõem a rede de saúde e de assistência social, oferecidos aos idosos no município de Chapecó/SC, mapeando a distribuição dos mesmos desde a criação do Estatuto do Idoso;* 2) *Analisar a atuação da rede de serviços de saúde e de assistência social, oferecidas aos idosos no município de Chapecó/SC, sob a perspectiva do Estatuto do Idoso;* 3) *Elaborar um manual, catalogando os serviços que compõem a rede de saúde e de assistência social, oferecidos aos idosos no município de Chapecó/SC.*

Comprometem-se, igualmente, a fazer divulgação dessas informações coletadas somente para fins científicos.

Chapecó/SC, 25 de Julho de 2014.

NOME DAS PESQUISADORAS	ASSINATURA
Cheila de Picoli	<i>Cheila de Picoli</i>
Adriana Remião Luzardo	<i>Adriana Remião Luzardo</i>

Informações adicionais e esclarecimentos a respeito do projeto poderão ser obtidos junto às Pesquisadoras Responsáveis da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFES/ Chapecó:
- **Cheila de Picoli** (Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem - UFES, inscrita no CPF de nº 077.071.279-78), Telefone: (49) 88492404, E-mail: cheiladepicoli@gmail.com
- **Adriana Remião Luzardo** (Orientadora do Projeto, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem UFES - Enfermeira inscrita no COREN/SC 110470), Telefone: (49) 992147781, E-mail: adriana.luzardo@uffs.edu.br

APÊNDICE D- Instrumento Coleta Dados Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL																					
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - CAMPUS CHAPECÓ																					
Projeto de Pesquisa: A REDE DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL- Conhecendo os serviços para idosos em Chapecó/SC																					
1. Identificação/ Estabelecimento 1.																					
2. Nível de Complexidade- 2.																					
3. Localização					4. Recursos Humanos		5. Número de Idosos atendidos/ Ano e Mês														
					4.1 Número de Profissionais por categoria																
							5.1 Ano 2010		5.2 2011		5.3 2012		5.4 2013		5.6 2014						
3.1 Endereço					4.1.1 Enfermeiro:		5.1.1 Jan:	5.2.1 Jan:	5.3.1 Jan:	5.4.1 Jan:	Jan:										
3.2 Bairro					4.1.2 Téc. de enfermagem:		5.1.2 Fev:	5.2.2 Fev:	5.3.2 Fev:	5.4.2 Fev:	Fev:										
3.3 CEP					4.1.3 Aux. de Enfermagem:		5.1.3 Mar:	5.2.3 Mar:	5.3.3 Mar:	5.4.3 Mar:	Mar:										
3.4 Telefone					4.1.4 Agente Com. Saúde:		5.1.4 Abr:	5.2.4 Abr:	5.3.4 Abr:	5.4.4 Abr:	Abr:										
3.5 Email					4.1.5 Assistente Social:		5.1.5 Mai:	5.2.5 Mai:	5.3.5 Mai:	5.4.5 Mai:	Mai:										
3.6 Registro Cnes					4.1.6 Psicólogo:		5.1.6 Jun:	5.2.6 Jun:	5.3.6 Jun:	5.4.6 Jun:	Jun:										
6. Número de Idosos Cadastrados/Ano e Mês					4.1.7 Nutricionista:		5.1.7 Jul:		5.2.7 Jul:		5.3.7 Jul:		5.4.7 Jul:		5.6 2014						
6.1 2010		6.2 2011		6.3 2012		6.4 2013		6.5 2014		4.1.8 Fisioterapeuta:		5.1.8 Ago:		5.2.8 Ago:		5.3.8 Ago:		5.4.8 Ago:		5.6 2014	
6.1.1 Jan:	6.2.1 Jan:	6.3.1 Jan:	6.4.1 Jan:	6.5.1 Jan:	4.1.9 Educador Físico:		5.1.8 Ago:		5.2.8 Ago:		5.3.8 Ago:		5.4.8 Ago:		5.6 2014						
6.1.2 Fev:	6.2.2 Fev:	6.3.2 Fev:	6.4.2 Fev:	6.5.2 Fev:	4.1.10 Médico Clínico Geral:		5.1.9 Set:		5.2.9 Set:		5.3.9 Set:		5.4.9 Set:		5.6 2014						
6.1.3 Mar:	6.2.3 Mar:	6.3.3 Mar:	6.4.3 Mar:	6.5.3 Mar:	4.1.11 Médico Família/Com:		5.1.10 Out:		5.2.10 Out:		5.3.10 Out:		5.4.10 Out:		5.6 2014						
6.1.4 Abr:	6.2.4 Abr:	6.3.4 Abr:	6.4.4 Abr:	6.5.4 Abr:	4.1.12 Médico Geriatra:		5.1.11 Nov:		5.2.11 Nov:		5.3.11 Nov:		5.4.11 Nov:		5.6 2014						
6.1.5 Mai:	6.2.5 Mai:	6.3.5 Mai:	6.4.5 Mai:	6.5.5 Mai:	4.1.13 Outras Esp. Médicas. Qual:		5.1.12 Dez:		5.2.12 Dez:		5.3.12 Dez:		5.4.12 Dez:		5.6 2014						
6.1.6 Jun:	6.2.6 Jun:	6.3.6 Jun:	6.4.6 Jun:	6.5.6 Jun:	4.1.14 Auxiliar Escritório:		5.1.13 Total ano:		5.2.13 Total ano:		5.3.13 Total ano:		5.4.13 Total ano:		5.6 2014						
6.1.7 Jul:	6.2.7 Jul:	6.3.7 Jul:	6.4.7 Jul:	6.5.7 Jul:	4.1.15 Odontólogo:		5.1.13 Total ano:		5.2.13 Total ano:		5.3.13 Total ano:		5.4.13 Total ano:		5.6 2014						
6.1.8 Ago:	6.2.8 Ago:	6.3.8 Ago:	6.4.8 Ago:	6.5.8 Ago:	4.1.16 Aux. de Saúde Bucal:		7.1 Referência		7.2 Contra- Referência												
6.1.9 Set:	6.2.9 Set:	6.3.9 Set:	6.4.9 Set:	6.5.9 Set:	4.1.17 Outros. Especificar:		1. () Sim		2. () Não		1. () Sim		2. () Não								
6.1.10 Out:	6.2.10 Out:	6.3.10 Out:	6.4.10 Out:	6.5.10 Out:	4.2 Total funcionários:		7.1.3 De onde:		7.2.3 De onde:												
6.1.11 Nov:	6.2.11 Nov:	6.3.11 Nov:	6.4.11 Nov:	6.5.11 Nov:	8. Políticas Utilizadas Saúde do Idoso		7.1.4 Para onde:		7.2.4 Para onde:												
6.1.12 Dez:	6.2.12 Dez:	6.3.12 Dez:	6.4.12 Dez:	6.5.12 Dez:			8.1 () Estatuto do Idoso		7.1.4 Para onde:		7.2.4 Para onde:										
6.1.13 Total Sexo Feminino	6.2.13 Total Sexo Feminino	6.3.13 Total Sexo Feminino	6.4.13 Total Sexo Feminino	6.5.13 Total Sexo Feminino			8.2 () Lei de atendimento prioritário		7.1.4 Para onde:		7.2.4 Para onde:										
6.1.14 Total Sexo Masculino	6.2.14 Total Sexo Masculino	6.3.14 Total Sexo Masculino	6.4.14 Total Sexo Masculino	6.5.14 Total Sexo Masculino			8.3 () Protocolo Assistencial Idoso		7.1.4 Para onde:		7.2.4 Para onde:										
9. Quais ações/grupos são realizadas para as pessoas idosas:							8.4 () Linha de Cuidado		7.1.4 Para onde:		7.2.4 Para onde:										
10. Essas ações estão registradas em algum lugar? Onde?					8.5 () Pacto pela Saúde		7.1.4 Para onde:		7.2.4 Para onde:												
					8.6 () Programa Saúde do Idoso		7.1.4 Para onde:		7.2.4 Para onde:												
					8.7 () Conselho Municipal de Direitos dos Idosos		7.1.4 Para onde:		7.2.4 Para onde:												
					8.8 () Regulamento/Normas de funcionamento dos serviços de saúde para Idosos		7.1.4 Para onde:		7.2.4 Para onde:												
					8.9 () Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa		7.1.4 Para onde:		7.2.4 Para onde:												
8.10 () Outros materiais e/ou informativos. Quais:		7.1.4 Para onde:		7.2.4 Para onde:																	

APÊNDICE E- Instrumento Coleta Dados Assistência Social

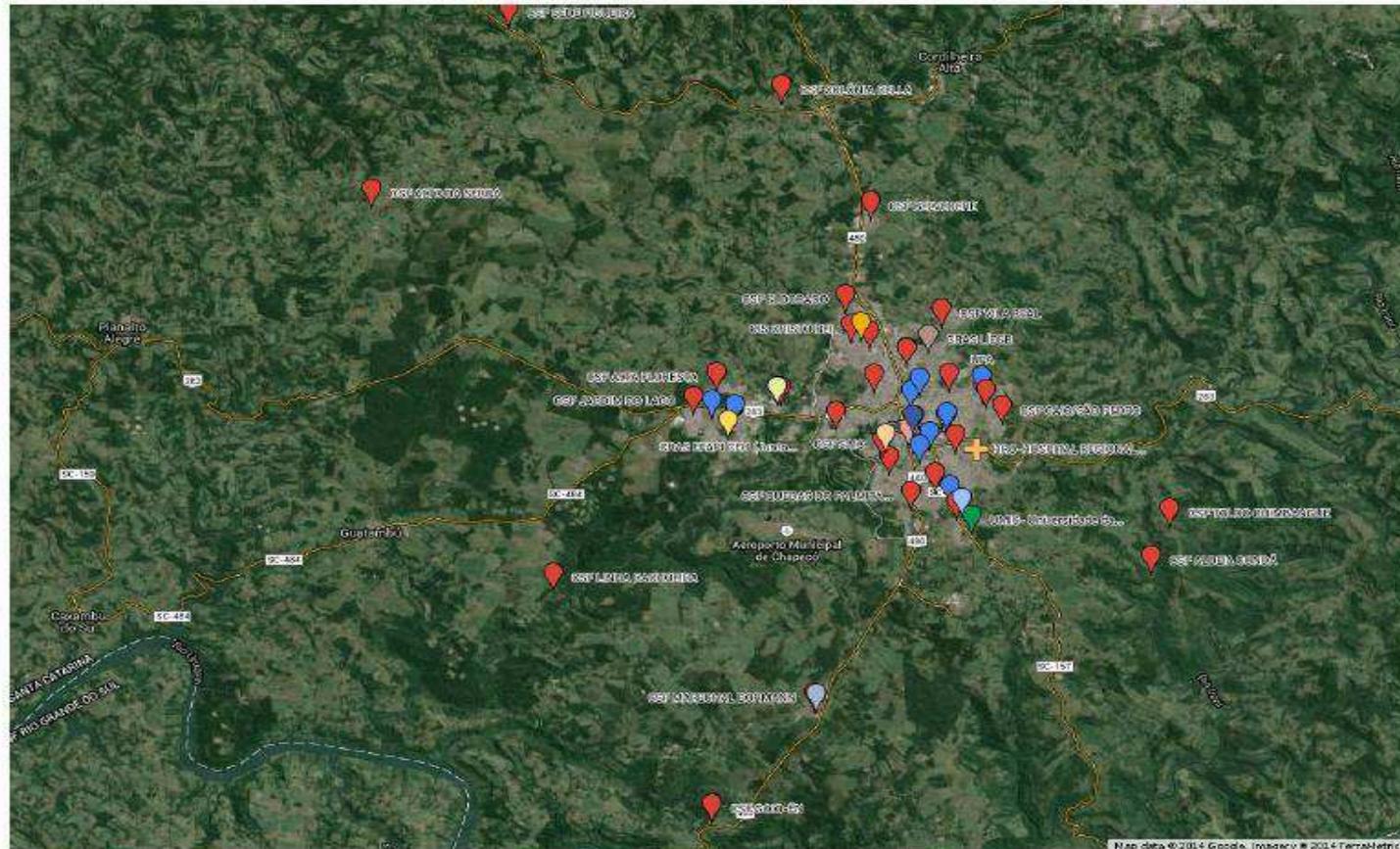
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL											
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - CAMPUS CHAPECÓ											
Projeto de Pesquisa: A REDE DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL- Conhecendo os serviços para idosos em Chapecó/SC											
1. Identificação/ Estabelecimento 1.											
2. Nível de Complexidade-											
3. Localização					4. Recursos Humanos		5. Número de Idosos atendidos/ Ano e Mês				
					4.1 Número de Profissionais por categoria		5.1 Ano 2010	5.2 2011	5.3 2012	5.4 2013	5.6 2014
3.1 Endereço					4.1.1 Enfermeiro:		5.1.1 Jan:	5.2.1 Jan:	5.3.1 Jan:	5.4.1 Jan:	Jan:
3.2 Bairro					4.1.2 Téc. de enfermagem:		5.1.2 Fev:	5.2.2 Fev:	5.3.2 Fev:	5.4.2 Fev:	Fev:
3.3 CEP					4.1.3 Aux. de Enfermagem:		5.1.3 Mar:	5.2.3 Mar:	5.3.3 Mar:	5.4.3 Mar:	Mar:
3.4 Telefone					4.1.4 Agente Com. Saúde:		5.1.4 Abr:	5.2.4 Abr:	5.3.4 Abr:	5.4.4 Abr:	Abr:
3.5 Email					4.1.5 Assistente Social:		5.1.5 Mai:	5.2.5 Mai:	5.3.5 Mai:	5.4.5 Mai:	Mai:
3.6 Território de Abrangência					4.1.6 Psicólogo:		5.1.6 Jun:	5.2.6 Jun:	5.3.6 Jun:	5.4.6 Jun:	Jun:
6. Número de Idosos Cadastrados/Ano e Mês					4.1.7 Nutricionista:		5.1.7 Jul:	5.2.7 Jul:	5.3.7 Jul:	5.4.7 Jul:	Jul:
6.1 2010	6.2 2011	6.3 2012	6.4 2013	6.5 2014	4.1.8 Fisioterapeuta:		5.1.8 Ago:	5.2.8 Ago:	5.3.8 Ago:	5.4.8 Ago:	Ago:
6.1.1 Jan:	6.2.1 Jan:	6.3.1 Jan:	6.4.1 Jan:	6.5.1 Jan:	4.1.9 Educador Físico:		5.1.9 Set:	5.2.9 Set:	5.3.9 Set:	5.4.9 Set:	Set:
6.1.2 Fev:	6.2.2 Fev:	6.3.2 Fev:	6.4.2 Fev:	6.5.2 Fev:	4.1.10 Médico Clínico Geral:		5.1.10 Out:	5.2.10 Out:	5.3.10 Out:	5.4.10 Out:	Out:
6.1.3 Mar:	6.2.3 Mar:	6.3.3 Mar:	6.4.3 Mar:	6.5.3 Mar:	4.1.11 Médico Família/Com:		5.1.11 Nov:	5.2.11 Nov:	5.3.11 Nov:	5.4.11 Nov:	Nov:
6.1.4 Abr:	6.2.4 Abr:	6.3.4 Abr:	6.4.4 Abr:	6.5.4 Abr:	4.1.12 Médico Geriatra:		5.1.12 Dez:	5.2.12 Dez:	5.3.12 Dez:	5.4.12 Dez:	Dez:
6.1.5 Mai:	6.2.5 Mai:	6.3.5 Mai:	6.4.5 Mai:	6.5.5 Mai:	4.1.13 Outras Esp. Médicas. Qual:		5.1.13 Total ano: 5.2.13 Total ano: 5.3.13 Total ano: 5.4.13 Total ano: Total ano:				
6.1.6 Jun:	6.2.6 Jun:	6.3.6 Jun:	6.4.6 Jun:	6.5.6 Jun:	4.1.14 Auxiliar Escritório:		7. Assistência em Rede				
6.1.7 Jul:	6.2.7 Jul:	6.3.7 Jul:	6.4.7 Jul:	6.5.7 Jul:	4.1.15 Odontólogo:		7.1 Referência		7.2 Contra- Referência		
6.1.8 Ago:	6.2.8 Ago:	6.3.8 Ago:	6.4.8 Ago:	6.5.8 Ago:	4.1.16 Aux. de Saúde Bucal:		1. () Sim	2. () Não	1. () Sim	2. () Não	
6.1.9 Set:	6.2.9 Set:	6.3.9 Set:	6.4.9 Set:	6.5.9 Set:	4.1.17 Outros. Especificar:		7.1.3 De onde:		7.2.3 De onde:		
6.1.10 Out:	6.2.10 Out:	6.3.10 Out:	6.4.10 Out:	6.5.10 Out:	4.2 Total funcionários:		7.1.4 Para onde:		7.2.4 Para onde:		
6.1.11 Nov:	6.2.11 Nov:	6.3.11 Nov:	6.4.11 Nov:	6.5.11 Nov:	8. Políticas Utilizadas Saúde do Idoso		8.1 () Estatuto do Idoso 8.2 () Lei de atendimento prioritário 8.3 () Protocolo Assistencial Idoso 8.4 () Linha de Cuidado 8.5 () Pacto pela Saúde 8.6 () Programa Saúde do Idoso 8.7 () Conselho Municipal de Direitos dos Idoso 8.8 () Regulamento/Normas de funcionamento dos serviços de saúde para Idosos 8.9 () Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa 8.10 () Outros materiais e/ou informativos. Quais:				
6.1.12 Dez:	6.2.12 Dez:	6.3.12 Dez:	6.4.12 Dez:	6.5.12 Dez:							
6.1.13 Total Sexo Feminino	6.2.13 Total Sexo F	6.3.13 Total Sexo	6.4.13 Total Sexo Fe	6.5.13 Total Sexo Feminin							
6.1.14 Total Sexo Masculino	6.2.14 Total Sexo M	6.3.14 Total Sexo	6.4.14 Total Sexo m	6.5.14 Total Sexo masculin							
9. Quais ações/grupos são realizadas para as pessoas idosas:											
10. Essas ações estão registradas em algum lugar? Onde?											

APÊNDICE F- Mapa

MAPA ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL PÚBLICOS PARA IDOSOS EM CHAPECÓ/SC

Serviços de Saúde para idosos de Chapecó

- ◆ CSF ALDEIA CONGÁ
- ◆ CSF ALTO DA SERRA
- ◆ CSF BELVEDERE
- ◆ CSF CAIC/SÃO PEDRO
- ◆ CSF COLÔNIA CELLA
- ◆ CSF MARECHAL BORMANN
- ◆ CSF GOIÓ-ÊN
- ◆ CSF JARDIM AMÉRICA
- ◆ CSF LESTE
- ◆ CSF LINHA CACHOEIRA
- ◆ CSF QUEDAS DO PALMITAL
- ◆ CSF SAIC
- ◆ CSF SANTA MARIA
- ◆ CSF SANTO ANTÔNIO
- ◆ CSF SEMINÁRIO
- ◆ CSF SEDE FIGUEIRA
- ◆ CSF ELDOORADO
- ◆ CSF JARDIM DO LAGO
- ◆ CSF SUL- UNIVERSITÁRIO
- ◆ CSF TÓLDO CHIMBANGUE
- ◆ CSF VILA REAL
- ◆ CSF BELA VISTA
- ◆ CIS NORTE
- ◆ HOSPITAL DIA/CTA/SETOR DE HEPATITES
- ◆ CIS OESTE
- ◆ CIS CRISTO REI
- ◆ CIS GRANDE EFAPI
- ◆ PRONTO ATENDIMENTO GRANDE EFAPI
- ◆ AMBULATÓRIO CIDADE DO IDOSO
- ◆ CLÍNICA DE SAÚDE DA MULHER
- ◆ CEO- CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS



Map data ©2014 Google, Imagery ©2014 TerraMetrics

-  CRESM-CENTRO DE REFERÊNCIA DE SAÚDE MUNICIPAL
-  HRO-HOSPITAL REGIONAL DO OESTE
-  UPA
-  CAPS II
-  CAPS AD III
-  CSF ALTA FLORESTA
-  AMBULATÓRIO LESÕES DE PELE
-  CSF CHICO MENDES
-  CEREST/ SAST
-  UNIDADE DE ACOLHIMENTO

Serviços de Assistência Social para idosos de Chapecó

-  CENTRO DE CONVIVÊNCIA DO IDOSO- CCI
 -  CIDADE DO IDOSO
 -  CRAS CRISTO REI
 -  CRAS EFAPI
 -  CRAS EFAPI CEU (Junto ao Centro de Artes e Esportes Unificado)
 -  CRAS LÍDER
 -  CRAS MARECHAL BORMANN
 -  CRAS PALMITAL
 -  CRAS SÃO PEDRO
 -  CREAS I
 -  CREAS II
 -  RESGATE SOCIAL
 -  SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE CHAPECÓ- SEASC
 -  UMIC- Universidade da Melhor Idade de Chapecó
-

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM- UFFS- UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
 PROJETO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO: A REDE DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: CONHECENDO OS SERVIÇOS PARA IDOSOS EM CHAPECÓ.
 ACADÊMICA CHEILA DE PICOLI
 ORIENTADORA: ADRIANA REMIÃO LUZARDO
 CHAPECÓ, 2014.