

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Escola de Enfermagem e Saúde Coletiva
Bacharelado em Saúde Coletiva

ANGELA MARIA GRANDO MACHADO

**UM DEBATE SOBRE O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O IMPACTO
PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):
O PERFIL DE IDOSOS RESIDENTES NA CAPITAL E NO INTERIOR DO ESTADO
DO RIO GRANDE DO SUL INTERNADOS EM PORTO ALEGRE, 2011-2015**

Porto Alegre
2017

ANGELA MARIA GRANDO MACHADO

**UM DEBATE SOBRE O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O IMPACTO
PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):
O PERFIL DE IDOSOS RESIDENTES NA CAPITAL E NO INTERIOR DO ESTADO
DO RIO GRANDE DO SUL INTERNADOS EM PORTO ALEGRE, 2011-2015**

Trabalho de Conclusão de Curso do Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Prof.^a Orientadora: Adriana Roese Ramos

Porto Alegre

2017

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Auro e minha filha Juliana, que sempre estiveram comigo fornecendo logística, compreensão e estímulo em todos os momentos – sem o apoio de vocês este momento não seria possível.

Aos amigos e familiares que, durante estes cinco anos, souberam compreender e desculpar as minhas ausências e as inúmeras vezes que os privei de momentos juntos para dedicar aos estudos e leituras.

Aos meus colegas de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre que, mesmo indiretamente, participaram da faculdade comigo. Em especial a Gisele, Silvia e Manoel que foram meus ouvintes, corretores de textos e, sobretudo, incentivadores para seguir em frente.

Aos colegas de aula pelo carinho, amizade e parceria durante todo curso. Denise, Neuza e Deise vocês foram meu ombro amigo nas horas mais difíceis.

Aos excelentes profissionais com os quais tive a honra de trabalhar durante os estágios curriculares: Lisiane Acosta, Jade Boff, Tatiana Fão, Kelma Soares, Juliana Pinto, Giovana Dornelles, Vanise Santos, Daniel Dourado Ramos, Heraida Raupp e Luciana Egres - o trabalho de vocês engrandece o SUS e faz toda a diferença na vida das pessoas.

Aos professores de Saúde Coletiva que dedicando seu tempo e seu trabalho construíram diversos momentos de aprendizado e troca de saberes. Meu carinho especial a Marlise Mesquita, Cristianne Fammer, Liziane Possa, Stela Meneguel, Luciana Teixeira, Daniel Canavese, Alcindo Ferla e, principalmente, para a minha querida orientadora Adriana Roesse Ramos que sempre acreditou na minha capacidade e contribuiu enormemente para minha formação.

Meu sincero e imenso muito obrigada a todos por me acompanharem até aqui.

Há um tempo

*Há um tempo em que é preciso
abandonar as roupas usadas...
Que já têm a forma do nosso corpo...
E esquecer os nossos caminhos
que nos levam sempre aos
mesmos lugares...*

*É o tempo da travessia...
E se não ousarmos fazê-la...
Teremos ficado...
para sempre...
À margem de nós mesmos...*

(Fernando Pessoa)

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi descrever o perfil das internações hospitalares de idosos (60 ou mais anos de idade) realizadas no município de Porto Alegre/RS pelo SUS, no período de 2011 a 2015, de acordo com a procedência do paciente (residentes e não residentes). Trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratória, descritiva e retrospectiva. Foram utilizados, para a mesma, dados secundários do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado do Sistema Único de Saúde (SIHD/SUS), coletados no período de janeiro a maio de 2017. O estudo contextualiza a transição demográfica, epidemiológica e o envelhecimento populacional e suas consequências para o sistema de saúde, especificamente na atenção hospitalar. Das internações de idosos ocorridas em Porto Alegre, 58,48% foram de residentes na capital e 41,52% foram de pacientes oriundos do interior do Estado. O gasto com as internações com pacientes do interior representou 51,37% do montante total, chegando a 60,42% quando de internações em alta complexidade. O sexo feminino recorre mais a internações quando a residência é a capital e o sexo masculino prevalece nos usuários de outras cidades. Não houve diferença significativa entre os grupos em relação à média de permanência, porém o percentual de internações que evoluíram para a utilização de leitos em UTI foi superior nos pacientes oriundos de outros municípios. As causas de internação com maior percentual em quantidade e com maior custo de internação foram as doenças do aparelho circulatório enquanto que as respiratórias foram as causas com maior número absoluto de óbitos em ambos os grupos. Sugerem-se ações e serviços como alternativas à crescente demanda por atendimentos de saúde pela população idosa em Porto Alegre.

Palavras-chave: Transição demográfica; Transição epidemiológica; Envelhecimento populacional; Hospitalização; Serviços de saúde para idosos; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the profile of hospital admissions of the elderly (60 or more years old) performed in the city of Porto Alegre/RS by the SUS, in the period from 2011 to 2015, according to the patient's origin (residents and non-residents). It is a quantitative, exploratory, descriptive and retrospective research. Secondary data from the Decentralized Hospital Information System of the Unified Health System (SIHD / SUS), collected from January to May 2017, were used for the study. The study contextualizes the demographic, epidemiological and population aging transition and its Consequences for the health system, specifically in hospital care. Of the hospitalizations of elderly people in Porto Alegre, 58.48% were residents of the capital and 41.52% were patients from the interior of the State. Spending on hospitalizations with patients from the interior represented 51.37% of the total amount, reaching 60.42% when hospitalizations were in high complexity. The female sex resorts more to hospitalizations when the residence is the capital and the masculine sex prevails in the users of other cities. There was no significant difference between the groups in relation to the average length of stay, but the percentage of hospitalizations that evolved for the use of ICU beds was higher in patients from other municipalities. The causes of hospitalization with higher percentage in quantity and higher cost of hospitalization were diseases of the circulatory system, while respiratory causes were the highest absolute number of deaths in both groups. It is suggested actions and services as alternatives to the growing demand for health care by the elderly population in Porto Alegre.

Key-words: Demographic transition; Epidemiological transition; Population-Ageing; Hospitalization; Health services for the elderly; Health Unic System.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Percentual de internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo sexo e faixa etária, período 2011-2015.....	29
Gráfico 2 –	Percentual de Internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo Diagnóstico CID10, sexo masculino, período 2011-2015.....	34
Gráfico 3 –	Percentual de Internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo Diagnóstico CID10, sexo feminino, período 2011-2015.....	34
Gráfico 4 –	Média de permanência (em dias) nas Internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo faixa etária, período 2011-2015.....	40
Gráfico 5 –	Média de permanência (em dias) nas Internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo faixa etária e sexo, período 2011-2015.....	40
Gráfico 6–	Média de Permanência em UTI (em dias) nas internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo faixa etária, 2011-2015.....	42
Gráfico 7 –	Média de Permanência em UTI (em dias) nas internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo faixa etária e sexo, 2011-2015.....	42
Gráfico 8 –	Custo médio nas Internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo faixa etária, período 2011-2015.....	48
Gráfico 9 –	Custo médio nas Internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo faixa etária e sexo, período 2011-2015.....	49
Gráfico 10 –	Percentual de óbitos nas internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo faixa etária, 2011-2015.....	53
Gráfico 11 –	Percentual de óbitos nas internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo faixa etária e sexo, 2011-2015.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Número de habitantes, internações hospitalares, quantidade de internações por habitante, valor total e razão custo/habitante em internações SUS, em idosos no Estado do Rio Grande do Sul, período 2011-2015.....	26
Tabela 2 -	Quantidade de internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, período 2011-2015.....	28
Tabela 3 -	Quantidade de internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo sexo, período 2011-2015.....	28
Tabela 4 –	Quantidade de internações SUS de idosos em Porto Alegre por diagnóstico CID 10, em residentes de Porto Alegre, período 2011-2015.....	30
Tabela 5 –	Quantidade de internações SUS de idosos em Porto Alegre por diagnóstico CID 10, em residentes no interior do Estado RS, período 2011-2015.....	31
Tabela 6 –	Quantidade de Internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo caráter de atendimento, período 2011-2015.....	35
Tabela 7 –	Média de permanência (em dias) nas internações SUS de idoso em Porto Alegre, por município de origem do paciente, período 2011-2015.....	37
Tabela 8 -	Média de permanência (em dias) nas internações SUS de idosos em Porto Alegre de idosos, por município de origem do paciente, segundo diagnóstico CID10, período 2011-2015.....	38
Tabela 9 –	Percentual de utilização e média de permanência em UTI nas internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo diagnóstico CID 10, período 2011-2015.....	41
Tabela 10 –	Quantidade de internações SUS, valor total e custo médio em internações de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, período 2011-2015.....	44
Tabela 11 –	Complexidade e Financiamento de internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem, período 2011-2015....	45

Tabela 12 – Complexidade e Financiamento de internações SUS de idosos em Porto Alegre em residentes de Porto Alegre, período 2011-2015.....	45
Tabela 13 – Complexidade e Financiamento de internações SUS de idosos em Porto Alegre em residentes de municípios do interior RS, período 2011-2015.....	46
Tabela 14 – Valor total de internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, período 2011-2015.....	50
Tabela 15 – Óbitos nas internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo diagnóstico CID 10, período 2011-2015.....	51

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Objetivo Geral.....	16
3.3 Objetivo Específico.....	16
4 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	17
4.1 Transição Demográfica.....	18
4.2 Transição Epidemiológica.....	19
5 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	21
5.1 Modalidade.....	21
5.2 Tipo de Estudo.....	21
5.3 Unidade de Análise de Estudo.....	22
5.4 Fonte de Dados.....	22
5.5 Variáveis e Indicadores Utilizados para Análise.....	23
5.6 Processamento dos Dados.....	24
5.7 Considerações e Limitações do Estudo.....	24
5.8 Aspectos Éticos.....	25
6 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
6.1 Perfil Geral das Internações SUS de Idosos em Porto Alegre.....	27
6.2 Gasto com Internações hospitalares SUS de Idosos.....	43
6.3 Mortalidade nas Internações Hospitalares SUS de Idosos.....	50
7 CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS.....	62

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o perfil demográfico e epidemiológico da população mundial vem se modificando visivelmente, principalmente nos países em desenvolvimento, em especial no Brasil, tornando-se um grande desafio para a saúde pública mundial. Essa transição demográfica e epidemiológica, no caso brasileiro, ocorreu de forma muito rápida e desordenada, não propiciando que houvesse uma organização e preparação por parte da sociedade e dos seus governantes em relação à saúde e ao bem-estar dessa nova demanda que surgia.

Enquanto os países desenvolvidos primeiramente enriqueceram para depois envelhecerem, o Brasil envelhece em meio à pobreza e desigualdade social (COELHO FILHO, 2013).

A revolução da longevidade, presente na realidade brasileira, implicou na construção de um novo perfil epidemiológico de atenção à saúde, em que enfermidades infecto-parasitárias coexistem com a elevação da prevalência de doenças crônico-degenerativas (BAER; CAMPINO; CAVALCANTI, 2000).

A situação epidemiológica no país tem sido definida como tripla carga de doenças por envolver, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, aliada ao desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como, por exemplo, tabagismo, sobrepeso, obesidade, inatividade física, estresse, alimentação inadequada e o aumento das causas externas (MENDES, 2010).

Este fato traz consigo a preocupação de que quanto mais velha a pessoa, provavelmente maior será o risco de comorbidades e complicações relacionadas às limitações próprias da idade avançada. E o maior número de pessoas demandando cuidados de saúde determinará uma elevação progressiva da morbimortalidade por condições crônicas no Brasil, tanto em termos absolutos como relativos (MENDES, 2011).

Desta forma, as demandas em saúde com este novo perfil que começou a se delinear no século passado e aumentou consideravelmente nos dias atuais, tendem, em um futuro próximo, se não houver grandes mudanças, a se agravar ao longo dos anos e impactar diretamente nos serviços de saúde e no Sistema Único de Saúde (SUS). A magnitude deste impacto ao sistema de saúde dependerá essencialmente

se os anos a mais de vida serão saudáveis ou pelo contrário, de enfermidades e dependência (VERAS, 2012).

Associado a este fenômeno, nas últimas décadas, o mundo inteiro tem buscado respostas para os altos custos sociais com a atenção hospitalar e a insatisfatória resposta comprovada pelos indicadores de qualidade de saúde das populações. O diagnóstico dos gastos públicos com atenção à saúde demonstra que há disparidade entre os gastos hospitalares e os gastos na atenção básica e de média complexidade, em que a grande elevação dos custos da atenção hospitalar se relaciona com as altas taxas de internação, baseado em um modelo hospitalocêntrico adotado no nosso país, e com os gastos decorrentes do uso crescente de alta tecnologia (SILVA et al., 2005).

Neste contexto, a organização dos sistemas de atenção à saúde, que seja adequada e efetiva ao novo perfil populacional, suscita dois olhares distintos: um para condições agudas, que em geral apresentam curso curto e que podem ser respondidas por um sistema reativo e com resposta episódica e outro para as condições crônicas, que têm curso mais ou menos longo e que necessita um sistema que responda a elas de forma proativa, contínua e integrada (MENDES, 2010).

Desta forma, no caso do Brasil, a transformação dos modos de organizar a atenção à saúde tem se mostrado indispensável para a consolidação do SUS, tanto pela necessidade de qualificar o cuidado por meio de inovações produtoras de integralidade da atenção quanto pela necessidade de adotar modelos mais eficientes de utilizar os recursos da saúde (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

A realidade brasileira se reflete no Estado do Rio Grande do Sul e em Porto Alegre, gerando uma grande preocupação para a gestão em saúde. O desafio se deve, muito em parte, porque o Rio Grande do Sul e a sua capital, Porto Alegre, estarem entre os primeiros colocados em expectativa de vida e com maior concentração de pessoas com mais de 60 anos. Além disso, quando comparados os censos de 2000 e 2010, os dados demonstram que Porto Alegre apresentou um aumento de mais de 31% e o Estado do Rio Grande do Sul de 37% da população idosa no período (IBGE, 2000; 2010).

Porto Alegre, de acordo com dados do IBGE (2010), é a capital com maior proporção de idosos, representando 15,04% da sua população e a capital que concentra a maior população de pessoas que já passaram dos 80 anos – fenômeno

que delinea uma série de implicações sociais, culturais e epidemiológicas, uma vez que, nesse grupo etário, a prevalência de morbidades e incapacidades é maior que nas demais faixas etárias (BRITO et al., 2013).

Esse fenômeno, com a perspectiva de aumentar progressivamente ao longo dos próximos anos, impacta enormemente nos serviços prestados em Porto Alegre, uma vez que o município é considerado polo em saúde, sendo referência para o interior do Estado para a realização de procedimentos de média e, principalmente, alta complexidade, abarcando, desta forma, um grande contingente de idosos não residentes, os quais também demandam necessidades em saúde.

Esta demanda configura-se como um dos maiores desafios na atualidade para o município, uma vez que a oferta de serviços da capital é desproporcional a demanda exigida pelo crescimento acelerado da população, em especial, a maior de 60 anos. Se, de um lado os idosos apresentarem maior carga de doenças e incapacidades necessitando, assim, mais os serviços de saúde, por outro, os modelos atuais de atenção à saúde do idoso se mostram insuficientes, ineficientes e de alto custo. Fundamental, portanto, que o modelo de saúde do município seja revisto e reorganizado para contemplar os diferentes perfis demográficos e epidemiológicos que se configuram e suas crescentes demandas por serviços e, especialmente, por internação hospitalar, objeto deste estudo.

Considerando as características do processo de transição epidemiológica e demográfica com o aumento significativo de pessoas muito idosas no Brasil, há de se repensar em adequar às novas demandas e necessidades aos serviços de atenção à saúde do idoso. Entre os serviços que necessitam ser revistos, destaca-se o atendimento hospitalar, pois, conforme alguns estudos vêm apontando, os idosos utilizam os serviços hospitalares com intensidade muito maior que outras faixas etárias, em tratamentos de duração prolongada e de recuperação mais lenta (SIQUEIRA et al., 2004).

Desta forma, este estudo se propõe a analisar os dados de internação hospitalar pelo SUS da população idosa ocorridas em Porto Alegre, no período compreendido de 2011 a 2015. Para este fim será utilizada a ferramenta de tabulação Tabwin na coleta de dados processados pelo Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD/SUS/DATASUS).

Diversos trabalhos na área da saúde tiveram como fonte a utilização dos bancos de dados do DATASUS, com elevado nível de aceitação pela comunidade

científica, tendo seus resultados revertidos em subsídios para o próprio sistema de saúde, tanto na avaliação de qualidade dos serviços prestados quanto na construção e monitoramento de importantes indicadores de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

O fato de a população mundial viver mais, provocando inversão na pirâmide etária, sem dúvida alguma é um grande triunfo para a sociedade contemporânea. Entretanto, o aumento dos anos de vida não corresponde em uma melhora das condições nesta etapa da vida – vivemos mais, mas não necessariamente com saúde.

E esta mudança no perfil brasileiro apresenta um problema relevante em matéria de recursos. Enquanto os países desenvolvidos puderam envelhecer gradualmente e enfrentar gradativamente as dificuldades econômicas, sociais e culturais resultantes do processo de envelhecimento, outros países, como o Brasil, confrontam-se com o problema de um desenvolvimento simultâneo ao envelhecimento acelerado de sua população.

Tais fatos embasam a importância de um estudo mais apurado sobre as demandas em saúde desta população, as quais impactam diretamente nos serviços saúde e, por consequência, no Sistema Único de Saúde (SUS). No caso, objeto desse estudo, nas internações hospitalares de média e alta complexidade.

Dada a sua importância e devido aos poucos estudos encontrados na área, este trabalho propõe-se a investigar o perfil dos idosos internados no município de Porto Alegre - RS, no período de 2011-2015, sob a perspectiva de diferentes variáveis e seus respectivos custos para o SUS (financeiros ou não), traçando um comparativo entre as internações da população residente em Porto Alegre e de residentes em municípios do interior de Estado do Rio Grande do Sul os quais acessam os serviços hospitalares através de agendamento ou por demanda espontânea.

Observou-se, ao longo dos anos, na vivência enquanto servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, na área de regulação dos serviços de saúde, a necessidade de pensar em mecanismos que otimizem a capacidade instalada na atenção terciária de saúde, bem como outras formas de promover a saúde no SUS, as quais não recaiam no modelo hospitalocêntrico e nos excessivos gastos decorrentes do uso crescente de alta tecnologia.

Nesse contexto, primeiramente é necessário que algumas questões básicas sejam respondidas no intuito de conhecer o perfil dos pacientes internados em Porto Alegre. Através do recorte de município de procedência, o presente estudo pretende

responder em relação às internações de munícipes e de outros municípios do interior do Estado: número de hospitalizações, sexo dos pacientes; faixa etária predominante; o diagnóstico principal que justificou a internação; forma de acesso ao sistema de saúde; média (em dias) de hospitalização; custo da internação; e, por fim, causas de internação que levaram a mortalidade.

Pretendeu-se, por fim, disponibilizar ao gestor municipal de saúde informações e indicadores que auxiliem a tomada de decisões e no planejamento de ações voltadas à população idosa residente e referenciada a Porto Alegre para serviços de saúde conveniados ao SUS.

3 OBJETIVOS

Os objetivos do estudo foram divididos em objetivo principal e específico, a seguir descritos.

3.1 Objetivo Principal

Descrever o perfil das internações da população idosa ocorridas no município de Porto Alegre de acordo com o município de residência de origem do paciente, residentes em Porto Alegre e os oriundos do interior do Estado do Rio Grande do Sul, no período de 2011 a 2015,

3.2 Objetivo Específico

Discutir as internações de idosos da capital e do interior, por diferentes variáveis e indicadores, descrevendo as possíveis conseqüências para a gestão de saúde local e sugerir alternativas para qualificar a atenção hospitalar no âmbito do SUS.

4 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) idoso é todo o sujeito com idade cronológica acima de 65 anos ou mais para os indivíduos residentes em países desenvolvidos e 60 anos ou mais de idade para indivíduos de países subdesenvolvidos. No Brasil, a Lei nº 10.741/2003, que institui o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003a), seguindo o mesmo critério de idade cronológica da OMS, define a população idosa como aquela com 60 anos de idade ou mais.

O envelhecimento é um *continuum* na vida humana desde o nascimento, ou até mesmo desde a vida intrauterina, em que a velhice, considerada o ápice desse *continuum*, é o período em que se manifestam os efeitos de diversos fatores que influenciaram no processo de envelhecimento e na saúde ao longo da vida (COELHO FILHO, 2013).

A alteração do padrão etário é um processo dinâmico que ocorre em âmbito global, em especial, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Caracteriza-se pela progressiva expectativa de vida aliada à queda de fecundidade, os quais resultam em um aumento na quantidade de idosos e uma significativa redução de crianças e jovens. Acarreta uma alteração na forma da pirâmide etária em que a base, composta por crianças e jovens, se estreita e o topo, constituído por idosos, se amplia.

As mudanças no perfil etário e de morbimortalidade da população estão vinculadas aos processos de transição demográfica e epidemiológica. Sendo as origens dessas transições permeadas por aspectos socioeconômicos como o resultado dos avanços da medicina e indústria farmacêutica, melhoria na infraestrutura urbana, a elevação dos níveis de higiene pessoal e ambiental e nutricional, melhoras na qualidade laboral e, também, em decorrência de grandes avanços tecnológicos principalmente na área da saúde (MENDES, M. et al., 2005; CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

Porém, estes avanços não estão, necessariamente, relacionados à maior padrão geral de vida (LEBRÃO, 2007). Eis que na medida em que se vive mais, delinea-se um cenário em que essa população mais velha é caracterizada por um número elevado de doenças crônicas, complexas e onerosas, no qual as enfermidades podem ser múltiplas e perdurar por muitos anos, demandando cuidados de saúde regulares e constantes.

Diante deste quadro, é imprescindível um melhor entendimento dos processos de transição demográfica e epidemiológica no intuito de compreender o envelhecimento populacional e suas implicações dentro do contexto brasileiro e do seu sistema de saúde.

4.1 Transição Demográfica

O conceito de transição demográfica descreve o processo progressivo pelo qual uma dada sociedade perpassa de um modelo em que são verificadas altas taxas de fecundidade e mortalidade para uma situação de declínio das taxas de tais indicadores. Observam-se, desta forma, mudanças na estrutura etária e consequente alteração na pirâmide populacional, em virtude do aumento absoluto e relativo das populações adultas e idosas (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007).

No caso brasileiro, o padrão demográfico atual pode ser caracterizado por progressivas quedas nas taxas de fecundidade e mortalidade, alteração da estrutura etária, crescente ampliação da proporção de idosos e inversão na distribuição da população nas áreas urbanas e rurais (BRITO, 2008; PAES-SOUZA, 2002).

No Brasil, até a década de 1930, havia um grande número de nascimentos e de mortes, mas que não representava um aumento de número de idosos. O desenvolvimento tecnológico e industrial ocorrido nesta época, aliado às medidas de controle de doenças e outros agravos e eventos que ameaçam a vida, propiciou o aumento na expectativa de vida e com alta taxa de fecundidade, provocando, assim o crescimento da população (COELHO FILHO, 2013).

Em 1940 a população brasileira teve um aumento de 2,3% passando para 3% na década seguinte, apresentando um decréscimo na mortalidade em 25% e mantendo a mesma taxa de fecundidade de 6,2 filhos por mulher em idade fértil, culminando no auge do crescimento demográfico brasileiro. A partir de 1960 o crescimento demográfico começa a reduzir, apresentando um crescimento médio geométrico anual de 1,17%, sendo a menor taxa desde o século XIX (COELHO FILHO, 2013).

Do final da década de 60 em diante houve um declínio da taxa de fecundidade total, reflexo da adoção expressiva da esterilização feminina, uso de contraceptivos orais e, possivelmente, dos abortos ilegais. O declínio da taxa de fecundidade pode ser atribuído também ao crescimento da sociedade de consumo e

da seguridade social, a inclusão da mulher ao mercado de trabalho, ao processo de urbanização, ao desenvolvimento dos meios de comunicação e, ainda, aos altos níveis de medicalização da sociedade (CARVALHO; GARCIA, 2003; PAES-SOUZA, 2002; VERAS, 1988).

Projeções populacionais para o futuro demonstram uma taxa de crescimento populacional de 0,7% ao ano até 2020 e negativas entre 2030 e 2040 (COELHO FILHO, 2013).

O grupo etário brasileiro que mais se observa crescimento é de pessoas com mais de 60 anos, passando de 5% em 1970 para 10% em 2010 e estima-se que em 2030 o número de idosos ultrapasse o de crianças e adolescentes, representando 18% da população contra 17%. Calcula-se que a população com 60 anos ou mais de idade passará de menos de 20 milhões, em 2010 para aproximadamente 65 milhões em 2050 (COELHO FILHO, 2013; VERAS, 2012).

Neste contexto é fundamental salientar a correlação direta entre o processo de transição demográfica com o processo de transição epidemiológica, os quais podem ser fator causal ou resultado um do outro, ao mesmo tempo em que se complementam (CHAIMOWICZ, 1997).

4.2 Transição Epidemiológica

A transição epidemiológica envolve as modificações, que ocorrem em longo prazo, nos padrões de morbidade, invalidez e morte em que são acometidas determinadas populações e, frequentemente, ocorrem em conjunto com outras mudanças demográficas, sociais e econômicas. Pode ser descrita em três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas como causas primeiras de morte; deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos; alteração de ocorrências em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade passa a ser dominante (CHAIMOWICZ, 1997; SCHRAMM et al., 2004).

No contexto brasileiro a transformação dos perfis epidemiológicos se apresenta de forma diferente do modelo de doenças infecciosas e parasitárias por doenças crônico-degenerativas, acidentes e violências verificadas na maioria dos países industrializados centrais do capitalismo. Caracteriza-se por não apresentar um período de transição delimitado no decorrer do tempo, mas sim como uma

superposição entre as etapas nas quais predominam doenças transmissíveis e crônico-degenerativas e outros agravos não-infecciosos (PONTES et al., 2009).

Esse processo não apresenta uma resolução clara, repercutindo em um perfil de morbimortalidade com características que apontam distintos padrões, produtos das desigualdades, configurando para uma natureza não unidirecional e prolongada de transição epidemiológica. Além disso, destaca os diferentes contrastes das regiões brasileiras que evidenciam distintas situações epidemiológicas provocando polarização geográfica e social, ocasionando desníveis nos indicadores de morbidades e mortalidades entre os diferentes grupos populacionais (PONTES et al., 2009).

Outrossim, é importante apontar que são acrescidos à população brasileira, por ano, em torno de 650 mil idosos, os quais em sua grande parte apresentam doenças crônicas e algumas limitações funcionais (VERAS, 2009).

Observa-se, desta forma, que o perfil de mudança demográfica tem uma estreita relação com o processo de transição epidemiológica – e vice-versa – os quais repercutem em um crescente na demanda por serviços de saúde. Quer seja pelo aumento da proporção e dos anos de vida de idosos na população, quer seja pelo número crescente das enfermidades crônico-degenerativas, as quais acometem principalmente a população mais velha, implicando tratamentos e intervenções frequentemente de maior duração e complexidade, com custos mais elevados e de forma que, se houver complicações ou agravamentos, possam resultar em ampla utilização dos serviços de saúde (PICCINI et al., 2006; SCHRAMM et al., 2004).

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

A metodologia utilizada neste estudo foi dividida em: modalidade do estudo, tipo do estudo, unidade de análise, fonte de dados, variáveis e indicadores utilizadas na análise, processamento dos dados, considerações e limitações do estudo e aspectos éticos.

5.1 Modalidade do Estudo

A modalidade de estudo monografia, contemplando revisão bibliográfica e pesquisa em base de dados secundária.

5.2 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo e retrospectivo, com a utilização de dados secundários a partir de coleta no banco de dados SIHD/SUS/DATASUS.

O estudo quantitativo considera os dados como quantificável, o que significa transformar em números, opiniões e informações coletadas para, depois, classificá-las e analisá-las. Como as amostras nestes estudos geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa, avaliando a realidade sob a perspectiva da análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros (FONSECA, 2002).

Por sua vez a pesquisa exploratória tem como finalidade proporcionar maiores informações sobre o assunto que se vai investigar, facilitar a delimitação do tema da pesquisa, orientar a fixação dos objetivos e a formulação das hipóteses ou descobrir um novo tipo de enfoque para o assunto. Seu objetivo principal é o aprimoramento das ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é bastante flexível, de modo que possibilita a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado (GIL, 2008).

Os estudos descritivos têm como objetivo conhecer a natureza do fenômeno ou situação em detalhe, a forma como ele se constitui, as características e

processos que dele fazem parte, bem como desvendar a relação entre os eventos. Nas pesquisas descritivas, o pesquisador procura conhecer e interpretar a realidade, sem nela interferir para poder modificá-la. E, por fim, retrospectivo, por se tratar de estudo no qual os dados extraídos estão baseados em fatos passados (MARCONI; LAKATOS, 2015).

5.3 Unidade de Análise de Estudo

A análise desse estudo foi a população com mais de 60 anos que teve internação em unidades hospitalares conveniadas ao SUS no município de Porto Alegre, no período compreendido entre janeiro de 2011 e dezembro de 2015.

5.4 Fonte de Dados

A fonte de dados é o sistema de informação SIHD/SUS – Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado – o qual é processado e compilado pelo DATASUS/MS. Este banco de dados é gerido pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde fornecendo os dados sobre internações hospitalares do SUS.

As unidades hospitalares participantes do SUS enviam as informações das internações efetuadas através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para os gestores municipais ou estaduais, as quais depois de processadas geram informações referentes aos serviços prestados e, desta forma, constituindo a base de dados em questão.

Para este estudo foram criados Arquivos de Definição (DEFs) para faixa etária com o propósito de tabular somente as AIHs de pacientes com idade “60-80+” e outra para tabular as internações por município de origem do paciente: município “Porto Alegre”, municípios “Interior RS” e “Outros Estados” (este último grupo sendo descartado do estudo). As DEFs são arquivos texto que, através de uma formatação própria, informa ao Tabwin, o local de origem da base de dados que será tabulada, os campos dessa base de dados que estão disponíveis e onde eles serão exibidos no painel de tabulação. Desta forma, foi possível reagrupar dados que se encontram

fragmentados em um único campo e, assim, facilitar o processo de coleta dos dados.

5.5 Variáveis e Indicadores utilizados na Análise

As variáveis analisadas utilizadas neste estudo foram:

- a) **Ano de processamento:** período do processamento da informação no sistema SIHD;
- b) **Município gestor:** gestor municipal responsável pela internação, no caso Porto Alegre;
- c) **Região de saúde (CIR):** nível de agregação dos municípios gestores;
- d) **Caráter de atendimento:** caráter de atendimento que justificou a internação;
- e) **Financiamento:** forma de financiamento do procedimento realizado;
- f) **Complexidade:** complexidade do procedimento realizado;
- g) **Internações:** quantidade de AIHs aprovadas no período. Considerado neste estudo as AIHs de Tipo 1 (normal), as transferências e reinternações;
- h) **Valor total:** valor referente às internações aprovadas no período. Determinado pelo somatório dos valores dos procedimentos realizados nas AIHs de acordo com o valor descrito no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP);
- i) **Dias de permanência:** total de dias de internação referentes às AIHs aprovadas no período;
- j) **Óbitos:** quantidade de internações que tiveram alta por óbito, nas AIH aprovadas no período;
- k) **Sexo:** classificados em sexo masculino (M) e feminino (F);
- l) **Faixa etária:** faixa etária calculada a partir das datas de nascimento no momento da internação do paciente, neste caso de pacientes acima de 60 anos;
- m) **Diagnóstico principal:** Causa da internação segundo a 10^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças.

Para o cálculo dos indicadores serão utilizadas as fórmulas descritas abaixo:

a) **Custo médio de internação:**

Valor total pago pelas internações no período

a. N^o de internações no período

b) **Custo habitante:**

Valor total pago pelas internações no período

N^o de Habitantes no local e período

c) **Tempo médio de permanência**

N^o de dias de permanência no período

N^o de internações no período

d) **Tempo médio de permanência na UTI**

N^o de dias de permanência na UTI no período

N^o de internações no período que tiveram diárias de UTI

5.6 Processamento dos Dados

Os dados foram coletados através do sistema de tabulação do Ministério da Saúde Tabwin, no período de janeiro e maio de 2017 e, após, analisados com auxílio da planilha eletrônica *Excel*, do *Microsoft Office*, o que permitiu a elaboração de tabelas e gráficos para melhor apresentação e compreensão dos resultados.

5.7 Considerações e Limitações do Estudo

A abrangência deste estudo está limitada às internações no âmbito do SUS, excluindo, desta forma, as hospitalizações com pagamento direto ou cobertas por planos de saúde.

Possíveis reinternações e transferências do mesmo paciente a outros hospitais não são identificadas, o que pode resultar em contagem cumulativa.

Consideraram-se apenas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) de tipo normal (registros que, em geral, correspondem às internações), descartadas, desta forma, as AIHS de continuidade, pois esta tipificação é utilizada em situações

de internações de pacientes em longas permanências (possibilitando abertura de inúmeras AIHs para o mesmo paciente ao longo da mesma internação).

Foram desconsideradas as internações de pacientes em que os seus municípios de origem sejam em outros estados por se tratarem, na maioria dos casos, de demandas da Central Nacional de Alta Complexidade e Central de Transplantes, para realização de procedimentos específicos.

Para uma melhor compreensão dos dados foram agrupados em categorias distintas os pacientes de acordo com o município de proveniência: Residentes em Porto Alegre (pacientes que tiveram na AIH a informação de Porto Alegre como município de residência) e Residentes interior RS (pacientes que tiveram na AIH a informação de residência os demais municípios do Estado do Rio Grande do Sul).

Considerado neste estudo como variável “Ano” o período de processamento das AIHs por se tratar do momento que as mesmas foram encaminhadas à Secretaria de Saúde para processamento e aprovação e, ainda, por ser a variável consolidada pelo Ministério da Saúde para efeitos de cálculos de impactos físicos e financeiros.

5.8 Aspectos Éticos

Por se tratar de um estudo que utilizou dados secundários de base a qual disponibiliza suas informações para acesso do público em geral (DATASUS), a presente investigação não foi submetida a um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, porém a autora garante o respeito aos preceitos éticos de uso de dados.

6 ANÁLISE DOS DADOS

De acordo com estimativa do IBGE para o ano de 2015, a população com mais de 60 anos residente no Estado do Rio Grande do Sul chega a 1.760.563 habitantes. Estes idosos estão distribuídos nas 30 regiões de saúde instituídas através da Resolução da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB/RS) nº 555 de 2012, alteradas pela Resolução CIB/RS nº 499/2014. As referidas regiões foram constituídas baseadas na existência de um rol mínimo de ações e serviços que inclui a atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial e hospitalar e vigilância em saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2012; 2014).

Estima-se que 73,1% da população idosa no Brasil seja dependente do SUS para acesso a serviços de saúde (LIMA-COSTA, BARRETO, GIATTI, 2003), sendo que grande parcela destes indivíduos, em algum momento da sua vida, acessará a atenção terciária de saúde necessitando de internação na rede hospitalar.

No período de 2011 a 2015, o contingente as internações pelo SUS no Rio Grande do Sul chegou ao número de 1.130.614 AIHs em pacientes na faixa etária de 60 anos nos diversos serviços hospitalares, com um custo total de mais de R\$ 1.778 bilhões, conforme dados apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Número de habitantes, internações hospitalares, quantidade de internações por habitante, valor total e razão custo/habitante em internações SUS, em idosos no Estado do Rio Grande do Sul, período 2011-2015.

Ano	População RS + 60 anos	Internações Rio Grande do Sul			
		Quant Internações	Quant Internações (por 100 hab)	Valor Total (R\$)	Custo/habitante (R\$)
2011	1.508.510	206.392	13,68	283.249.638,44	187,77
2012	1.567.985	212.970	13,58	303.790.672,75	193,75
2013	1.629.900	229.352	14,07	367.948.904,69	225,75
2014	1.694.101	237.194	14,00	397.664.046,29	234,73
2015	1.760.563	244.834	13,91	425.496.162,01	241,68
Total	8.161.059	1.130.742	13,86	1.778.149.424,18	217,88

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)/ Estimativas Populacionais Ripsa e MS/SVS/CGIAE

A população idosa, segundo as estimativas populacionais, aumentou progressivamente ao longo do período estudado e, concomitante a este

crescimento, houve um crescente no quantitativo de internações hospitalares para nesse grupo etário, passando de 206.392 AIHs aprovadas em 2011 para 244.834 em 2015. Observa-se, entretanto, que o número de internações por habitante no Estado manteve-se estável com uma média de 13,86 internações em cada 100 habitantes, apresentando um leve aumento nos anos de 2013 e 2014 em que superaram a casa das 14 internações/100 habitantes.

Sabe-se, no entanto, que devido à distribuição desigual dos serviços de saúde no Rio Grande do Sul, principalmente na rede hospitalar e, dada a insuficiente base tecnológica instalada que seria necessária para tratamentos de saúde em algumas regiões, grande parte desta população idosa foi internada para realização de procedimentos hospitalares em cidades diferentes do seu município ou região de residência. Assim, muitos pacientes são referenciados ou se dirigem para as portas de acesso da urgência e emergência de grandes polos de saúde, como é o caso de Porto Alegre.

Do quantitativo de internações ocorridas no Rio Grande do Sul de pacientes idosos residentes no Estado, no período em estudo, 229.363 foram realizadas no município de Porto Alegre, o que representou 20,29% do total do Estado.

De acordo com o objetivo principal deste estudo, a seguir serão descritas as internações de idosos que ocorreram em Porto Alegre traçando um comparativo entre a origem de residência do paciente. Para uma melhor apresentação e compreensão dos dados as internações foram agrupadas em dois grupos distintos: Residentes em Porto Alegre e Residentes no Interior RS.

6.1 Perfil Geral das Internações SUS de Idosos em Porto Alegre

As taxas de internações hospitalares e a duração das internações aumentam conforme a idade. Estudos realizados nos Estados Unidos da América (EUA) na década de 90 mostraram que as internações hospitalares de idoso apresentam uma relação direta das taxas de hospitalizações com o avanço da idade e o aumento do número de condições crônicas (PEIXOTO, 2004).

Em Porto Alegre, no período de 2011 a 2015, em todas as faixas etárias, foram aprovadas 865.086 AIHs, sendo que, deste total, 229.363 foram de pacientes com idade superior a 60 anos, representando 26,51% do quantitativo geral de internações.

Do total de internação de idosos, 134.132 AIHs foram de pacientes residentes em Porto Alegre, 58,48%, e 95.231 de pacientes procedentes de outras cidades do interior do Estado, representando 41,52%, conforme demonstra os dados contidos em tabela 2.

Tabela 2 - Quantidade de internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, período 2011-2015.

Ano	Quantidade de Internações				Total
	Residentes Porto Alegre		Residentes interior RS		
	N	%	N	%	
2011	23.467	57,96	17.020	42,04	40.487
2012	25.199	58,72	17.713	41,28	42.912
2013	27.161	59,08	18.815	40,92	45.976
2014	28.563	58,96	19.879	41,04	48.442
2015	29.742	57,70	21.804	42,30	51.546
Total	134.132	58,48	95.231	41,52	229.363

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Em relação ao sexo, segundo tabela 3, 112.658 internações em Porto Alegre foram de homens e 116.705 de mulheres. Os dados de internação no período, independentemente do município de origem do paciente, apontam que pacientes do sexo feminino, de um modo geral, recorreram mais à hospitalização que os homens, com pequena variação entre os sexos, 50,88% e 49,12% respectivamente.

Tabela 3 - Quantidade de internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo sexo, período 2011-2015.

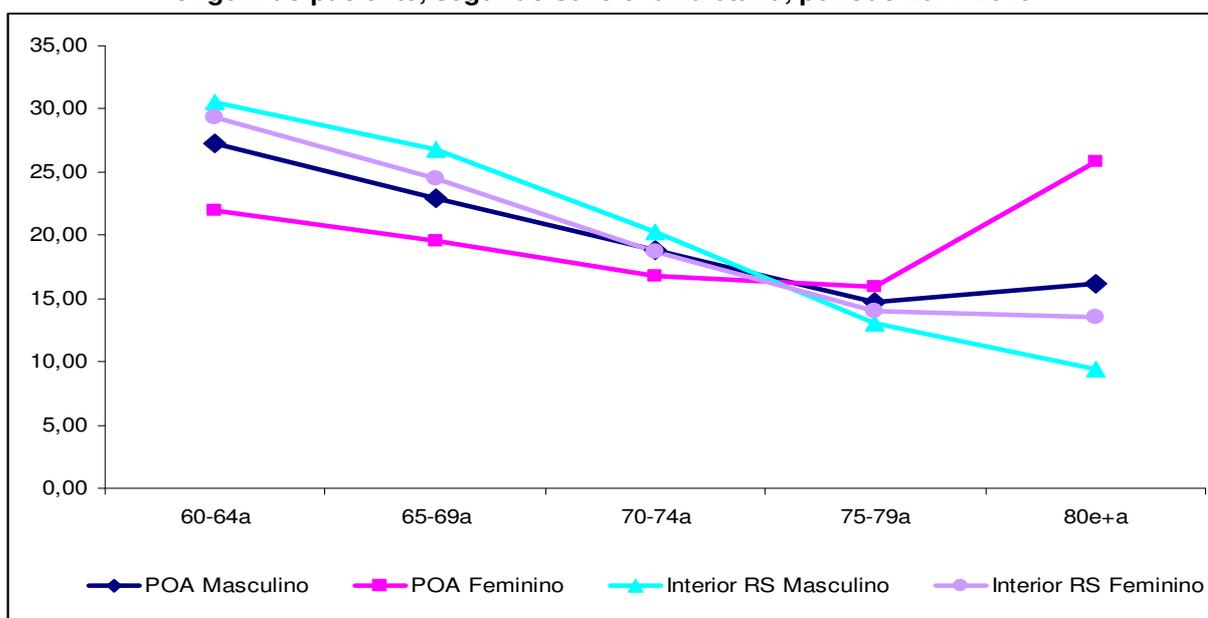
Ano	Residentes Porto Alegre				Residentes interior RS				Total internações			
	M		F		M		F		M		F	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2011	10.836	46,18	12.631	53,82	9.102	53,48	7.918	46,52	19.938	49,25	20.549	50,75
2012	11.632	46,16	13.567	53,84	9.454	53,36	8.259	46,64	21.086	49,14	21.826	50,86
2013	12.295	45,27	14.866	54,73	10.120	53,79	8.695	46,21	22.415	48,75	23.561	51,25
2014	12.946	45,32	15.617	54,68	10.699	53,82	9.180	46,18	23.645	48,81	24.797	51,19
2015	13.846	46,55	15.896	53,45	11.728	53,79	10.076	46,21	25.574	49,61	25.972	50,39
Total	61.555	45,89	72.577	54,11	51.103	53,66	44.128	46,34	112.658	49,12	116.705	50,88

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

Considerando o recorte de município de origem do paciente, as internações dos pacientes munícipes de Porto Alegre apresentam predominância do sexo feminino com um quantitativo e percentual significativamente superior ao masculino. Por outro lado, os dados relacionados aos não residentes indicam que idosos do sexo masculino representam percentual significativamente superior às internações femininas.

Quando os dados são analisados por faixa etária, observa-se que, independente da origem e do sexo dos pacientes, o maior percentual das internações ocorreu na faixa etária de 60 a 64 anos, com exceção nas mulheres residentes em Porto Alegre, conforme gráfico 1.

Gráfico 1 – Percentual de internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo sexo e faixa etária, período 2011-2015.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

Ainda no gráfico 1, tanto para os pacientes de Porto Alegre quanto para os residentes nos municípios do interior, as internações de homens mostram-se superior às mulheres em todas as idades até a faixa etária de 74 anos. Este dado pode ser explicado devido à falta de hábito do sexo masculino, em geral, de buscar aos serviços de saúde para tratamento ou buscar auxílio na prevenção de doenças e, quando o faz, devido a cronicidade das doenças, o tratamento requer utilização de maiores tecnologias e, por isso, a alta procura por estes serviços em Porto Alegre.

Verifica-se em todos os grupos um declínio no número de internações enquanto as faixas etárias aumentavam até os 79 anos, porém com um aumento

expressivo no percentual de internações na faixa etária mais elevada. Esse achado difere do estudo realizado no Brasil, em 2001, em que o número de internações de idosos, aumentou acentuadamente com a idade: de 11,8% aos 60-69 anos, para 17,7% aos 70-79 e 24,2% aos 80 ou mais anos (LOYOLA FILHO et al., 2004).

Em relação ao grande número de internações em mulheres após os 80 anos, o presente estudo corrobora com o registrado no realizado na cidade de Belém (PA), em 2001, no qual as internações a partir de 80 anos tiveram a predominância de mulheres. Os dados indicarem um maior número de internações no sexo feminino acima dos 80 anos pode ser justificado pelo fato de que os indicadores demográficos populacionais no Brasil relacionem os idosos do sexo masculino com maiores riscos de adoecer e morrer em relação aos do sexo feminino, sendo que as mulheres demonstram uma expectativa de vida de 10 anos a mais que os homens (SANTOS, 2007).

No tocante ao diagnóstico principal das internações as quais indicam o grupo de causas da internação segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID) no qual o paciente foi classificado no momento de sua internação, os dados apontam para as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório como as principais causas de internação em Porto Alegre.

As internações de idosos munícipes de Porto Alegre, conforme tabela 4, indicam que a principal causa que determinou a hospitalização foi a das doenças do aparelho circulatório, tanto em número absoluto como em percentual sobre as internações totais em idosos e, em seguida, as doenças do aparelho respiratório e as neoplasias.

Tabela 4 – Quantidade de internações SUS de idosos em Porto Alegre por diagnóstico CID 10, em residentes de Porto Alegre, período 2011-2015.

Diag (capit)	CID10	2011		2012		2013		2014		2015		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IX. Doenças do aparelho circulatório		6.445	27,46	6.610	26,23	6.809	25,07	7.136	24,98	7.474	25,13	34.474	25,70
X. Doenças do aparelho respiratório		4.032	17,18	3.936	15,62	4.219	15,53	4.404	15,42	4.181	14,06	20.772	15,49
II. Neoplasias (tumores)		2.641	11,25	3.117	12,37	3.354	12,35	3.599	12,60	3.940	13,25	16.651	12,41
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas		1.824	7,77	1.960	7,78	2.409	8,87	2.549	8,92	2.697	9,07	11.439	8,53
XI. Doenças do aparelho digestivo		2.076	8,85	2.490	9,88	2.729	10,05	2.634	9,22	2.558	8,60	12.487	9,31

XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1.724	7,35	1.944	7,71	2.008	7,39	2.420	8,47	2.399	8,07	10.495	7,82
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.316	5,61	1.338	5,31	1.486	5,47	1.715	6,00	1.999	6,72	7.854	5,86
VI. Doenças do sistema nervoso	654	2,79	724	2,87	690	2,54	680	2,38	825	2,77	3.573	2,66
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	326	1,39	361	1,43	536	1,97	766	2,68	756	2,54	2.745	2,05
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	603	2,57	712	2,83	654	2,41	631	2,21	636	2,14	3.236	2,41
Outras Doenças CID 10	1.826	7,78	2.007	7,96	2.267	8,35	2.029	7,10	2.277	7,66	10.406	7,76
Total	23.467	100,00	25.199	100,00	27.161	100,00	28.563	100,00	29.742	100,00	134.132	100,00

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

Ao longo do período estudado, embora tenham aumentado em números absolutos a quantidade das internações por grande grupo de causas no grupo de residentes em Porto Alegre, o percentual sobre o número total de internações apresentou pequenas variações, indicando diminuição nas doenças do aparelho circulatório e respiratório, por exemplo. Este dado, porém, não se reflete em relação às neoplasias as quais apresentaram aumento progressivo nas internações.

Para os pacientes residentes no interior do Estado os dados mostram maior percentual de internações das doenças do aparelho circulatório, seguidas de neoplasias (tumores), conforme tabela 5.

Tabela 5 – Quantidade de internações SUS de idosos em Porto Alegre por diagnóstico CID 10, em residentes no interior do Estado RS, período 2011-2015.

Diag CID10 (capit)	2011		2012		2013		2014		2015		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IX. Doenças do aparelho circulatório	4.866	28,59	5.246	29,62	5.450	28,97	6054	30,45	6.542	30,00	28.158	29,57
II. Neoplasias (tumores)	3.536	20,78	3.743	21,13	4.092	21,75	4210	21,18	4.913	22,53	20.494	21,52
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.589	9,34	1.666	9,41	1.681	8,93	1912	9,62	1.847	8,47	8.695	9,13
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1.468	8,63	1.588	8,97	1.682	8,94	1807	9,09	1.989	9,12	8.534	8,96
X. Doenças do aparelho respiratório	1.457	8,56	1.543	8,71	1.576	8,38	1479	7,44	1.470	6,74	7.525	7,90
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	991	5,82	981	5,54	1.137	6,04	1086	5,46	1.318	6,04	5.513	5,79
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	655	3,85	603	3,40	648	3,44	729	3,67	877	4,02	3.512	3,69

XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	342	2,01	320	1,81	426	2,26	621	3,12	577	2,65	2.286	2,40
VI. Doenças do sistema nervoso	359	2,11	373	2,11	353	1,88	405	2,04	427	1,96	1.917	2,01
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	395	2,32	372	2,10	420	2,23	382	1,92	405	1,86	1.974	2,07
Outras Doenças CID 10	1.362	8,00	1.278	7,22	1.350	7,18	1.194	6,01	1.439	6,60	6.623	6,95

Total	17.020	100,00	17.713	100,00	18.815	100,00	19.879	100,00	21.804	100,00	95.231	100,00
--------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

Para este grupo de pacientes, os dados mostram que a maioria das internações, tanto em número absoluto como em percentual sobre o total de internações, aumentaram progressivamente ao longo dos anos estudados, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho digestivo.

No Brasil, as duas mais frequentes causas de internação em idosos são as doenças por insuficiência cardíaca e coronariana e as doenças pulmonares, porém, os acometimentos do envelhecimento não devem ser explicados por uma única doença sendo que as causas intermediárias de internação também devem ser analisadas em um diagnóstico (CAMARANO, 1994; LOYOLA et al., 2005; GOIS; VERAS, 2010).

Desperta a atenção que os estudos acima não apontavam as neoplasias entre as maiores causas de internação no Brasil, como apresentaram os dados de internação em Porto Alegre, sendo que para os municípios as neoplasias aparecem como a terceira maior causa de internação e para os residentes no interior configuram como a segunda mais frequente causa para a hospitalização, em ambos os sexos.

Este dado é muito importante, pois configura o perfil epidemiológico da população do Estado, na qual as neoplasias, segundo a literatura, coloca o Estado do Rio Grande do Sul com a maior taxa de mortalidade padronizada quando comparado, por exemplo, com os Estados de Santa Catarina e Paraná (GONÇALVES et al., 2010).

Estudos ainda afirmam que o câncer, na maioria dos casos, ocorre após os 60 anos. Essa maior incidência no idoso se justifica pelo fato de que cerca de 80%

de todos os cânceres estão relacionados ao tempo de exposição a agentes cancerígenos, ou seja, quanto mais o ser humano envelhece fica mais exposto a vários agentes maléficos à saúde humana, podendo assim vir a desenvolver doenças de um patamar mais sério, como este caso (GOIS; VERAS, 2010; PILGER et al., 2011).

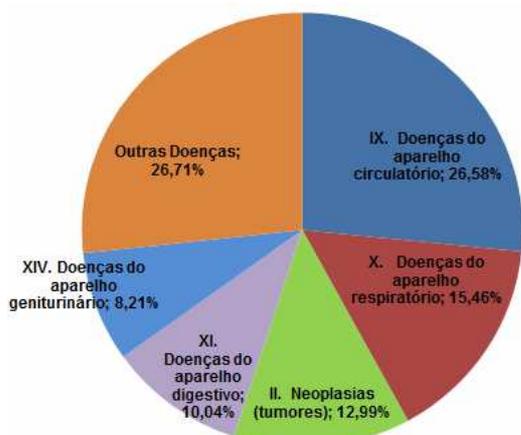
As doenças do aparelho respiratório, no presente estudo, despontam como a segunda causa de internação nos idosos residentes em Porto Alegre, porém em quinto lugar para os pacientes oriundos do interior. Este dado justifica-se, muito provavelmente, pelo fato de que o tratamento destas doenças é, em geral, de baixa tecnologia e, portanto, resolvidas na maioria das vezes no município e região de origem, sendo encaminhados a Porto Alegre somente os casos mais graves ou que necessitam de maiores cuidados tecnológicos, como quando da necessidade de internação em leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por exemplo.

O grande número de internação em portalegrenses por doenças do aparelho respiratório pode ser justificado, ainda, pelas alterações pulmonares que fazem parte do processo de envelhecimento normal com o perigo de uma pneumonia e, além disso, relaciona-se às condições climáticas da região sul que influencia a agudização das doenças crônicas respiratórias. As internações por problemas no aparelho respiratório apresentam relação direta com o vírus Influenza, que, no Brasil, apresenta distribuição sazonal e prevalência aproximada de 22 casos por mil habitantes, influenciada pela densidade demográfica, composição etária da população e condições climáticas. As complicações desse vírus podem ocasionar afecções respiratórias graves, como pneumonia (SILVEIRA, 2013).

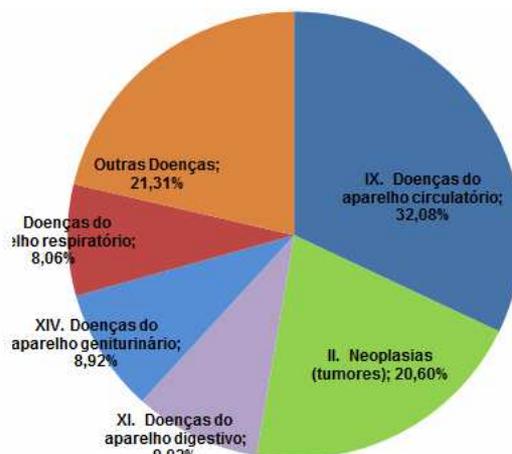
Quando analisado o diagnóstico da internação, pelo sexo do paciente, observa-se, no gráfico 2, que nas principais causas de internações do sexo masculino despontam as doenças do aparelho circulatório, representando 26,58% nas residentes em Porto Alegre e 32,08% para os não residentes. Em segundo lugar, as doenças do aparelho respiratório (15,46%) seguido das neoplasias (12,99%) para os residentes. Para os residentes no interior do Estado aparecem as neoplasias, com 20,60%, seguidas pelas doenças do aparelho digestivo (9,02%).

Gráfico 2 – Percentual de Internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo Diagnóstico CID10, sexo masculino, período 2011-2015.

Residentes Porto Alegre



Residentes Interior RS



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

Para o sexo feminino, os principais grupos de causas que levaram a internação foram as doenças do aparelho circulatório, tanto para as residentes em Porto Alegre, com 24,95%, quanto para as residentes no interior do Estado, com 26,66%. Em segundo lugar as doenças do aparelho respiratório (15,51%) e neoplasias (11,92%) para as portoalegrenses e as neoplasias (22,59%) e doenças do aparelho digestivo (9,25%) para as residentes em outros municípios do Estado conforme gráfico 3.

Gráfico 3 – Percentual de Internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo Diagnóstico CID10, sexo feminino, período 2011-2015.

Residentes Porto Alegre



Residentes Interior RS



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

Independentemente do seu município de origem, as principais causas de hospitalização foram as mesmas entre as mulheres e os homens, variando apenas no percentual. Este dado demonstra que pode haver uma relação do perfil característico de adoecimento muito mais pelo sexo do que relacionado à origem do paciente, ao menos nas internações ocorridas em Porto Alegre.

A forma como o paciente entra no sistema de atenção hospitalar ou o caráter de atendimento na internação em Porto Alegre pode ocorrer de maneira referenciada, via complexo regulador: Central de Marcação de Consulta e Exames (CMCE), Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), Central de Regulação de Internação Hospitalar (CERIH) ou espontânea (através de serviços eletivos ou de emergência).

No período em questão as internações de idosos em Porto Alegre na sua maioria, 76,02%, foram com o caráter de atendimento de urgência e apenas 23,98% foram identificadas como de caráter eletivo, conforme a tabela 6.

Tabela 6 – Quantidade de Internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo caráter de atendimento, período 2011-2015.

Ano	Residentes Porto Alegre					Residentes interior RS					Total Residentes Porto Alegre + Interior RS			
	Eletivo		Urgência		T (N)	Eletivo		Urgência		T (N)	Eletivo		Urgência	
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%
2011	3.325	14,17	20.142	85,83	23.467	4.727	27,77	12.293	72,23	17.020	8.052	19,89	32.435	80,11
2012	4.379	17,38	20.820	82,62	25.199	5.165	29,16	12.548	70,84	17.713	9.544	22,24	33.368	77,76
2013	4.923	18,13	22.238	81,87	27.161	5.956	31,66	12.859	68,34	18.815	10.879	23,66	35.097	76,34
2014	5.649	19,78	22.914	80,22	28.563	6.668	33,54	13.211	66,46	19.879	12.317	25,43	36.125	74,57
2015	6.212	20,89	23.530	79,11	29.742	7.991	36,65	13.813	63,35	21.804	14.203	27,55	37.343	72,45
Total	24.488	18,26	109.644	81,74	134.132	30.507	32,03	64.724	67,97	95.231	54.995	23,98	64.724	76,02

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

Internação eletiva é aquela necessária para tratamento do paciente que não se configura nas características de urgência ou emergência, ou seja, quando ele não está em risco de vida imediato ou sofrimento intenso, podendo ser efetuada em uma data marcada com antecedência, desde que esta data não comprometa a eficácia do tratamento (BRASIL, 2011).

Já os casos de internação de urgência se dão pelo acesso por demanda espontânea, encaminhamento por outro estabelecimento de saúde ou regulados de

casos que requerem assistência rápida, no menor tempo possível, com o intuito de evitar complicações e sofrimento, por isso a internação do paciente é realizada sem que haja o seu prévio agendamento (BRASIL, 2011).

Quando a análise se dá pelo recorte do município de origem do paciente, os dados demonstram que, ao longo dos anos estudados, tanto pacientes de Porto Alegre quanto de outros municípios, acessam, na sua maioria, a porta de entrada da urgência quando apresentam a necessidade de internação, com o percentual maior entre os pacientes residentes em Porto Alegre.

A razão deste fato se deve pela incoerência entre situação epidemiológica e o modelo hegemônico de atenção à saúde no Brasil que se caracteriza pela fragmentação do cuidado e pelo foco nas condições agudas. Ao longo do tempo, o padrão de atendimento em saúde vigente em Porto Alegre foi organizado para atender majoritariamente às condições agudas ou agudizadas de saúde em serviços de alta densidade tecnológica. Este dado é evidenciado quando analisado a insuficiência de acesso a atenção primária, a situação de sobrecarga nas portas de urgência, a dificuldade de acesso a consultas e procedimentos eletivos em algumas especialidades e o elevado número de internações de urgência ou urgencializadas (PORTO ALEGRE, 2013).

O grande número de atendimento de pacientes tendo como porta de ingresso no sistema as emergências para a realização de procedimentos considerados eletivos se dá, muitas vezes, como forma de não seguir os critérios da regulação. Ou seja, opta-se pela “urgencialização” do atendimento para fugir às regras da regulação, com um percentual muito maior de internações por urgências em detrimento das eletivas, quando deveria acontecer o inverso (PORTO ALEGRE, 2010).

Observou-se, entretanto, que embora o percentual de internações por caráter de internação urgência seja significativamente maior, o percentual de internações de caráter eletivo tem aumentado progressivamente ao longo dos anos, no qual passou de 19,89% em 2011 para 27,55% em 2015. Para os residentes no interior do Estado o percentual foi mais expressivo, chegando a 36,65% em 2015.

Este fato pode estar associado a novas formas e sistemas para auxiliar na regulação de entrada do paciente que foram implantados na Secretaria de Saúde de Porto Alegre, como o AGHOS (Gestão e Regulação Assistencial e Financeira de Saúde) e SISREG (Sistema Nacional de Regulação). Atualmente, a Secretaria de

Saúde trabalha na construção e implantação dos Sistemas: GERCON (Gerenciamento de Consultas) e GERINT (Gerenciamento de Internação Hospitalar) visando qualificar as informações para uma melhor regulação dos serviços de saúde do município.

No tocante a permanência dos hospitais em leitos hospitalares, as internações ocorridas em Porto Alegre, apresentou uma média de 9,80 dias, não mostrando diferença significativa entre as internações do grupo dos residentes em Porto Alegre (9,76 dias), dos residentes no interior do Estado (9,85 dias) que internaram no município, conforme mostra a tabela 7.

Tabela 7 – Média de permanência (em dias) nas internações SUS de idoso em Porto Alegre, por município de origem do paciente, período 2011-2015.

Ano	Média Permanência		
	Residentes Porto Alegre	Residentes Interior RS	Total
2011	9,70	9,71	9,70
2012	9,70	9,87	9,77
2013	9,84	10,06	9,93
2014	9,92	10,03	9,97
2015	9,63	9,61	9,62
Total	9,76	9,85	9,80

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

A média de permanência é indicador que calcula quantos dias, em média, o paciente ficou internado nos serviços hospitalares. Em relação ao tempo de permanência, no geral, aqueles com mais de 60 anos passam mais tempo internados que os outros grupos etários (SILVEIRA, 2013; GOIS; VERAS, 2010).

O curso das doenças crônicas que acometem os idosos é um dos fatores que favorecem um tempo de internação mais longo para esse grupo pelo motivo de que pessoas acima de 60 anos levam um tempo maior para produzir as respostas do seu sistema imunológico e terapêuticas em relação aos mais jovens. Este fato se deve, principalmente, ao processo normal de envelhecimento que tende a ficar mais comprometido quando essas doenças estão presentes (SANTOS, 2007).

Pesquisa realizada com idosos internados em Belém no ano de 2001 indicou um tempo médio de permanência de 16 dias de internação, com 25% dos idosos

tiveram um tempo de internação entre 11 e 20 dias (SANTOS, 2007) superior, portanto, aos dados apresentados em Porto Alegre.

Em relação aos diagnósticos de internação, a maior média de permanência em ambos os grupos foram os transtornos mentais e comportamentais com 21,36 dias de internação para os porto-alegrenses e 22,06 para não residentes, seguidos das doenças infecciosas e parasitárias, com 14,09 e 16,82 dias, respectivamente. Porém, enquanto as causas externas configuram em terceiro lugar para os residentes em Porto Alegre, com 12,10 dias, para os residentes no interior apontam as doenças do aparelho respiratório, com 13,18 dias, conforme tabela 8.

Tabela 8 - Média de permanência (em dias) nas internações SUS de idosos em Porto Alegre de idosos, por município de origem do paciente, segundo diagnóstico CID10, período 2011-2015.

Diag CID10 (capit)	Média Permanência		
	Residentes Porto Alegre	Residentes Interior RS	Total
V. Transtornos mentais e comportamentais	21,36	22,06	21,46
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	14,09	16,82	14,94
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	12,10	11,36	11,77
X. Doenças do aparelho respiratório	11,08	13,18	11,64
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	10,22	12,17	11,00
II. Neoplasias (tumores)	11,22	10,40	10,77

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

Os transtornos mentais encontram-se entre os problemas de saúde comuns nos idosos e, estima-se que acometam cerca de um terço da população idosa, com alto consumo de recursos da saúde por internações por transtornos mentais devido às múltiplas internações e do tempo de permanência hospitalar prolongado (VERAS; COUTINHO; COELI,1998; CLEMENTE et al., 2011).

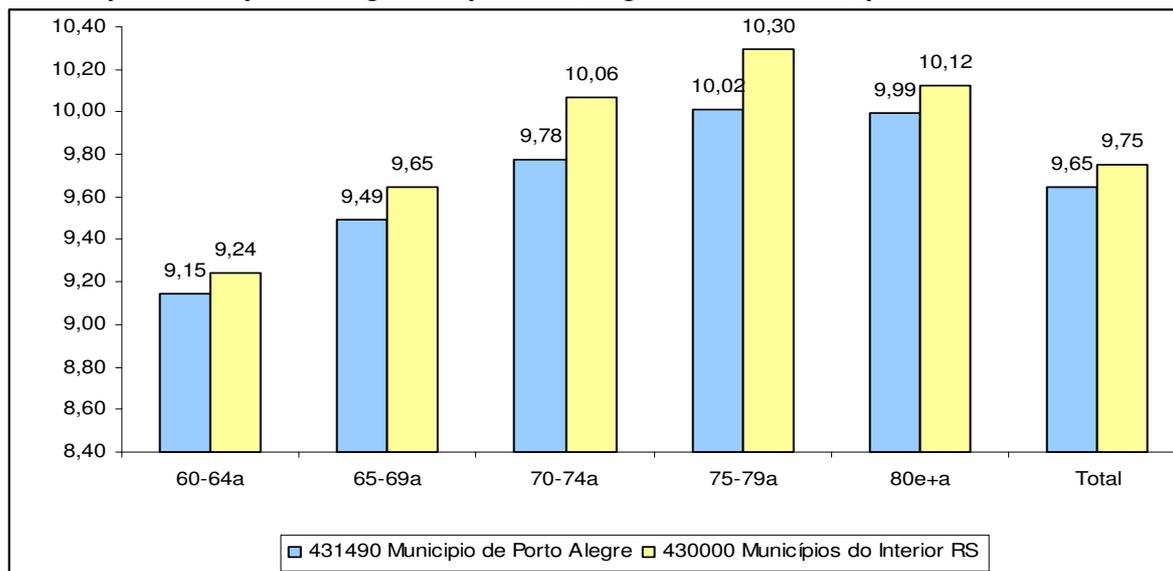
O fato de dispor de números limitados de leitos de psiquiatria para internações decorrentes de patologias psíquicas ou, ainda, número insuficiente de serviços que disponham de outras formas de tratamento que não sejam através de internação, como por exemplo, Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), tanto em Porto Alegre como em outras cidades do interior, pode ser o indicativo da procura por estes serviços na capital para residentes do interior e também do município.

As doenças infecciosas e parasitárias, que aparecem com o segundo maior tempo médio de permanência, tanto em residentes como não residentes, atingem principalmente a faixa etária de crianças e idosos, e guardam estreita relação com as condições sociais e econômicas de indivíduos e populações (BARRETO; CARMO, 2000). O fato de muitas doenças infecto-parasitárias estarem reemergindo concomitante ao aparecimento de novas enfermidades infecciosas, aliado ao processo de envelhecimento e a falta de maiores investimentos em saneamento básico para promover uma maior salubridade física e ambiental da população, pode justificar a média elevada de dias de internação nos pacientes idosos em Porto Alegre (residentes ou não).

Em relação às internações por causas externas de morbidade e mortalidade, estas são responsáveis por expressiva parcela dos problemas de saúde, principalmente nos idosos, podendo ocasionar consequências orgânicas, psicológicas, sociais, econômicas e culturais, trazendo prejuízos consideráveis às populações afetadas. No caso de idosos, as causas externas normalmente são atribuídas às quedas (principalmente em ambiente domiciliar), acidentes de trânsito terrestre, agressões e lesões autoprovocadas, que por si só já necessitam de maior cuidado, soma-se a fragilidade natural do envelhecimento, podendo esclarecer a demanda por um tempo mais longo para seu tratamento (MESQUITA FILHO; JORGE, 2007; MASCARENHAS, 2014).

No tocante a faixa etária dos pacientes, a maior média de permanência nas internações, tanto em residentes em Porto Alegre quanto os oriundos de municípios do interior, se deu na faixa etária de 70 a 74 anos, como demonstra o gráfico 4. Os idosos, principalmente em idade mais avançada, são também suscetíveis a complicações decorrentes de repouso prolongado no leito durante o período de hospitalização. As consequências negativas que se dão a partir desse fato prejudicam diversos órgãos e funções fisiológicas, acentuando as alterações relativas à idade e comprometendo a reserva fisiológica desses idosos hospitalizados (IZZO, 2005).

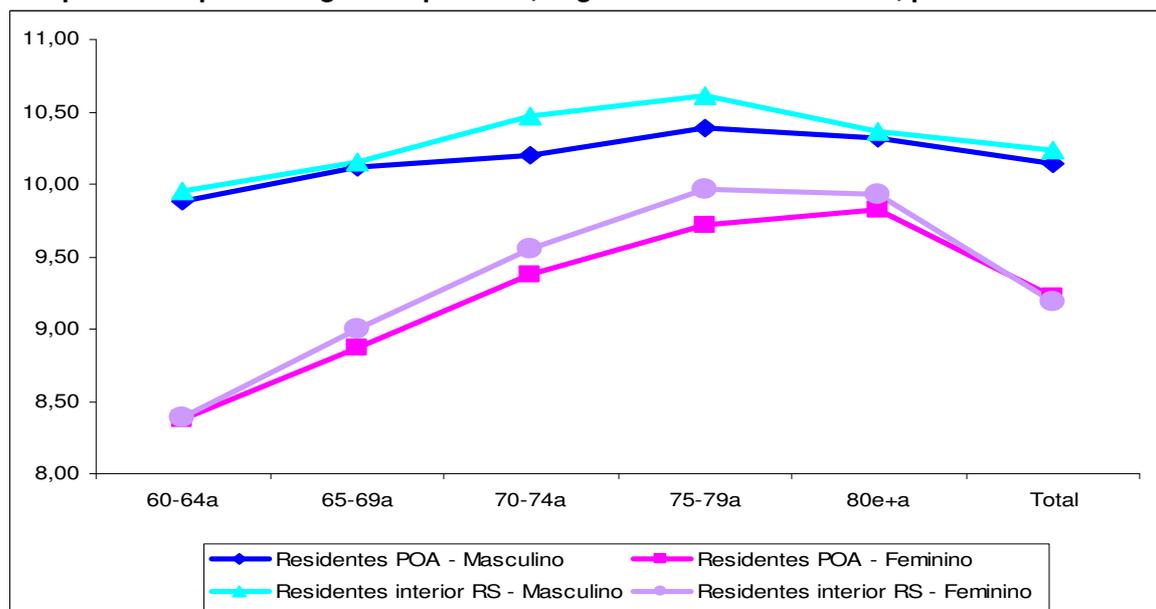
Gráfico 4 – Média de permanência (em dias) nas Internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo faixa etária, período 2011-2015.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

Conforme gráfico 5, os dados apresentam aumento no tempo médio a medida que as faixas etárias vão aumentando até alcançar 79 anos, voltando a declinar após esta idade. O sexo masculino, independente do município de procedência, fica mais dias internado comparados com as mulheres.

Gráfico 5 – Média de permanência (em dias) nas Internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo faixa etária e sexo, período 2011-2015.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

Em se tratando exclusivamente de permanência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), os dados demonstram uma média de internação em torno de 7 dias. Embora com diferença pequena, o percentual de utilização de UTI foi maior nos municípios de Porto Alegre, conforme tabela 9.

Os dados também apontam para uma redução desta média de permanência nos últimos dois anos de análise (2014 a 2015) em ambos os grupos.

No tocante às internações hospitalares que evoluíram para a utilização de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) nos anos estudados, observam-se nos pacientes do interior o maior percentual, com 17,16%, enquanto que pacientes residentes em Porto Alegre foi de 14,86%.

Tabela 9 – Percentual de utilização e média de permanência em UTI nas internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo diagnóstico CID 10, período 2011-2015.

Ano	Residentes Porto Alegre			Residentes Interior RS		
	Internações com utilização de UTI		Média de Perman. UTI (dias)	Internações com utilização de UTI		Média de Perman. UTI (dias)
	N	%*		N	%*	
2011	3.356	14,30	7,30	2.635	15,48	6,93
2012	3.739	14,84	6,89	3.040	17,16	6,74
2013	3.958	14,57	7,24	3.162	16,81	6,87
2014	4.311	15,09	7,03	3.550	17,86	6,77
2015	4.564	15,35	6,84	3.952	18,13	6,34
Total	19.928	14,86	7,05	16.339	17,16	6,70

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

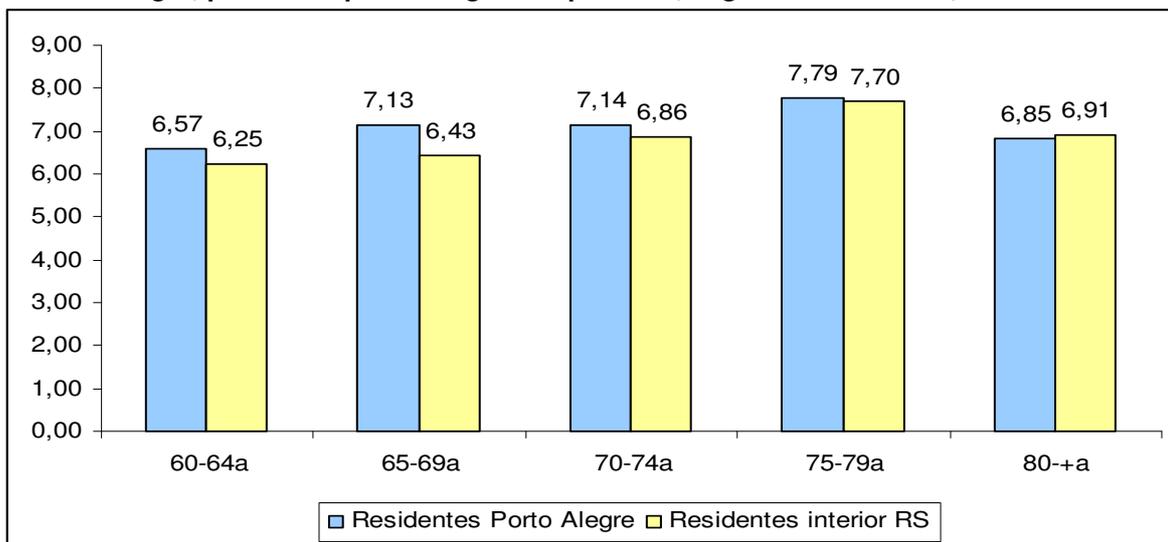
* Percentual do número total de internações sobre o número de internações que utilizaram UTI

O tratamento intensivo, muitas vezes, é a solução para que o paciente idoso tenha a capacidade de se recuperar, pois diante do envelhecimento, o corpo apresenta maior cronicidade de patologias, que podem interferir no tratamento, no prognóstico e no tempo de recuperação, podendo fazer com que esse paciente acabe necessitando de tratamento mais complexo. Os leitos de UTI contam com tecnologia constante e monitorização intensiva na busca de reversão de situações graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos que comprometam a vida (SOUSA et al., 2015).

Ainda em relação à tabela 9, houve um crescente na utilização destes leitos em ambos os grupos, passando de 14,30% das internações que precisaram de UTI

em 2011 para 15,35% em 2015 pacientes residentes em Porto Alegre e, em se tratando de residentes do interior, passou de 15,48% em 2011 para 18,13% em 2015.

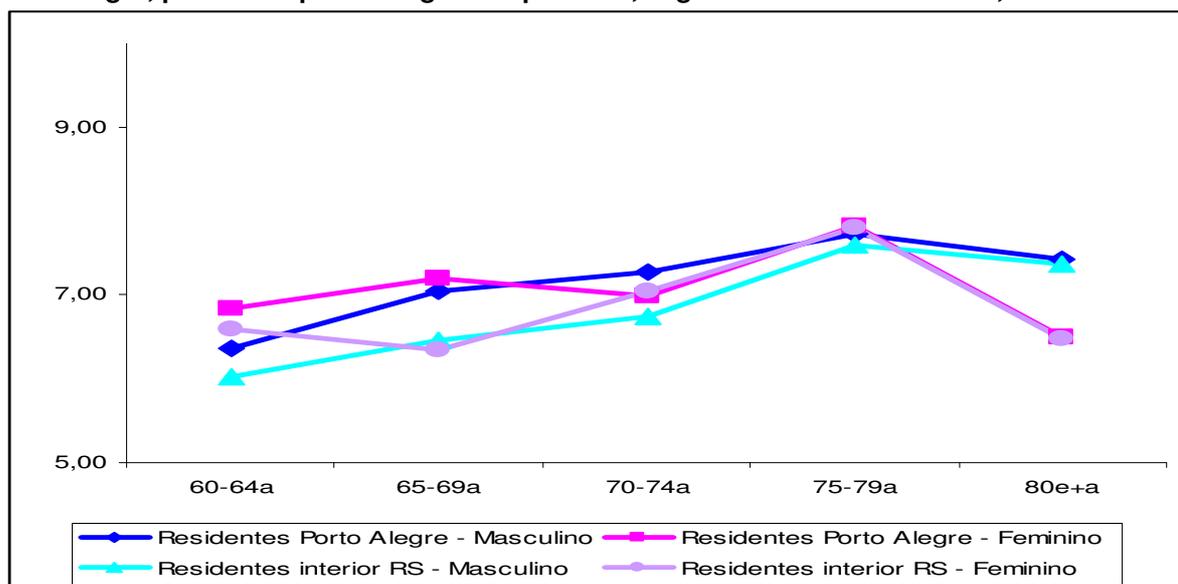
Gráfico 6 – Média de Permanência em UTI (em dias) nas internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo faixa etária, 2011-2015.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

Em média, quando houve a necessidade de utilização de leitos de UTI, os pacientes ficaram internados 7 dias neste tipo de leito. A maior utilização foi para a faixa etária de 75 a 79 anos para os residentes em Porto Alegre, conforme gráfico 6.

Gráfico 7 – Média de Permanência em UTI (em dias) nas internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo faixa etária e sexo, 2011-2015.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

Em relação à média de permanência em UTI por município de origem do paciente e sexo, de forma geral, houve um crescente no número de dias que o paciente permaneceu internado conforme a idade aumentava, excetuando as mulheres residentes no interior em que os dados apresentaram pequena redução na faixa de 65 a 69 anos, até alcançar a faixa de 75 a 79 anos, mostrando declínio acentuado após os 80 anos, conforme gráfico 7.

6.2 Gasto com Internações hospitalares SUS de Idosos

O gasto médio das internações hospitalares é maior entre idosos, quando comparados à faixa etária inferior variando, provavelmente, por diferenças nas causas de internações e/ou complexidade tecnológica dos hospitais em que houve o atendimento (PEIXOTO, 2004).

Importante ressaltar que no presente estudo “valor”, “gasto” e “custo” tiveram como referência os valores preconizados e repassados pelo Ministério da Saúde para os serviços de saúde, de acordo com os valores constantes em tabela específica, e não os custos dos hospitais para execução dos procedimentos.

No período de 2011 a 2015, o valor total de AIHs aprovadas de hospitalização de idosos em Porto Alegre foi de R\$ 1.645.834.659,88, sendo que R\$ 582.507.397,05 foram de pacientes com idade superior a 60 anos, representando 35,39% do valor total gasto nas internações.

Embora o número de internações de residentes no município, 134.132 AIHs, seja superior ao de não residentes, 95.231 AIHs, o valor total gasto com o segundo grupo foi maior. Os dados da tabela 10 mostram que R\$ 299.363 milhões foram utilizados para custear as internações de residentes do interior do Estado, ou seja, 51,37% do montante total. Quando os dados foram analisados em relação ao custo médio das internações ocorridas em Porto Alegre, verifica-se que houve um crescente nos valores quando comparados os anos de 2011 a 2015, sendo maior no paciente do interior do Estado.

Tabela 10 – Quantidade de internações SUS, valor total e custo médio em internações de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, período 2011-2015.

Ano	Internações Porto Alegre						Total		
	Residentes Porto Alegre			Residentes Interior RS			Quant AIH	Valor total (R\$)	Custo médio (R\$)
	Quant AIH	Valor total (R\$)	Custo médio (R\$)	Quant AIH	Valor total (R\$)	Custo médio (R\$)			
2011	23.467	44.553.839,66	1.898,57	17.020	45.419.863,74	2.668,62	40.487	89.973.703,00	2.222,29
2012	25.199	48.824.509,46	1.937,56	17.713	51.678.786,13	2.917,56	42.912	100.503.296,00	2.342,08
2013	27.161	58.199.155,35	2.142,75	18.815	59.669.819,27	3.171,40	45.976	117.868.975,00	2.563,71
2014	28.563	63.577.121,51	2.225,86	19.879	67.729.975,88	3.407,11	48.442	131.307.097,00	2.710,60
2015	29.742	68.177.854,85	2.292,31	21.804	74.676.471,20	3.424,90	51.546	142.854.326,00	2.771,39
Total	134.132	283.332.480,83	2.112,34	95.231	299.174.916,22	3.141,57	229.363	582.507.397,00	2.539,67

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

Observa-se, ainda, um crescente tanto em número de internações quanto em valores gastos no período estudado. Passou de 23.467 AIHs e valor total de R\$ 44.553 milhões em 2011 para 29.742 AIHs e valor de 68.177 milhões em 2015 para os residentes em Porto Alegre e, para os residentes no interior do Estado, passou de 17.020 AIHs e valor total de R\$ 45.419 milhões em 2011, evoluindo para 21.804 AIHs e valor total de 74.676 milhões em 2015.

Na tabela 11 é possível perceber que, em relação ao financiamento MAC, na média complexidade o paciente residente em Porto Alegre, consome 60,93% do recurso gasto com as internações hospitalares nos idosos e 39,07% foram para os pacientes do interior do Estado. Entretanto quando se analisa os dados pelo custo total na alta complexidade esta informação se inverte, sendo que os pacientes do interior consumiram 60,42% contra 39,58% dos pacientes residentes na capital.

Em relação à média complexidade, a priori, todos os municípios deveriam suprir as demandas de saúde da sua população, no município ou na região de saúde, sendo referenciado a outros municípios apenas os casos em que não haja o tratamento necessitado. Neste contexto, mesmo que o percentual de custeio seja inferior, o montante gasto para os residentes no interior do Estado é bastante alto quando comparados aos portoalegreses.

Tabela 11 – Complexidade e Financiamento de internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem, período 2011-2015.

Financiamento	Residentes Porto Alegre		Residentes Interior RS		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Financiamento MAC						
Média complexidade	147.693.840,26	60,93	94.705.510,41	39,07	242.399.350,67	100,00
Alta complexidade	108.770.413,37	39,58	166.067.550,61	60,42	274.837.963,98	100,00
Financiamento FAEC						
Média complexidade	1.712.751,12	94,02	109.015,48	5,98	1.821.766,60	100,00
Alta complexidade	25.155.476,10	39,65	38.292.839,74	60,35	63.448.315,84	100,00

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

Na alta complexidade, o percentual de utilização para os pacientes de outros municípios é muito maior quando comparados a munícipes de Porto Alegre, sugerindo que, além de apresentarem em maior número, de acordo com tabelas 12 e 13, as internações desta população são de maior gravidade e/ou com procedimentos de alto custo.

Na tabela 12 verifica-se que para os pacientes de Porto Alegre, as internações de média complexidade representaram 84,02% das suas AIHs, totalizando um percentual de 52,73% do valor das mesmas. Na alta complexidade, o percentual de internações foi de 15,98% e representou, em valores, mais de 40% do recurso para o custeio dos procedimentos do teto MAC. O custo médio da AIH de média complexidade foi de R\$ 1.340,70 quando do financiamento MAC e R\$ 677,24 no FAEC e na alta complexidade o custo médio foi de R\$ 5.769,70 quando financiado pela MAC e de R\$ 9.716,29 no FAEC.

Tabela 12 – Complexidade e Financiamento de internações SUS de idosos em Porto Alegre em residentes de Porto Alegre, período 2011-2015.

Ano	Residentes Porto Alegre					
	Média Complexidade			Alta Complexidade		
	Intern.	Valor total (R\$ milhões)	Custo Médio (R\$)	Intern.	Valor total (R\$ milhões)	Custo Médio (R\$)
Financiamento MAC						
2011	19.516	23,66	1.212,26	3.280	18,01	5.489,68
2012	20.644	26,42	1.279,73	3.489	18,89	5.415,00

2013	22.445	30,52	1.359,85	3.549	20,51	5.778,35
2014	23.443	33,23	1.417,65	3.931	23,79	6.052,14
2015	24.114	33,86	1.404,20	4.603	27,57	5.990,22
Subtotal	110.162	147,69	1.340,70	18.852	108,77	5.769,70
Financiamento FAEC						
2011	208	0,11	547,64	463	2,78	5.994,18
2012	572	0,40	701,24	494	3,11	6.299,15
2013	563	0,49	863,38	604	6,68	11.066,17
2014	639	0,38	600,45	550	6,17	11.215,27
2015	547	0,33	599,56	478	6,42	13.422,65
Subtotal	2.529	1,71	677,24	2.589	25,16	9.716,29
Total	112.691	149,41	1.008,97	21.441	133,93	7.743,00

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

Em se tratando dos residentes no interior do Estado, segundo dados da tabela 13, o percentual de internações de média complexidade foi de 67,80%, com um valor total representando 31,69% das internações para estes pacientes. O custo médio das AIHS de média complexidade para esse grupo de pacientes foi de R\$ 1.469,99 quando do financiamento MAC e R\$ 789,97 no FAEC, e, a alta complexidade, embora represente um quantitativo inferior à média complexidade, consome a maior parte do recurso, 63,68% do recurso MAC.

Tabela 13 – Complexidade e Financiamento de internações SUS de idosos em Porto Alegre em residentes de municípios do interior RS, período 2011-2015.

Ano	Residentes Interior RS					
	Média Complexidade			Alta Complexidade		
	Intern.	Valor total (R\$ milhões)	Custo Médio (R\$)	Intern.	Valor total (R\$ milhões)	Custo Médio (R\$)
Financiamento MAC						
2011	11.870	15,94	1.342,54	4.563	24,93	5.462,50
2012	12.122	17,07	1.407,99	4.954	28,84	5.822,01
2013	12.948	19,32	1.492,28	5.067	31,41	6.199,87
2014	13.388	20,92	1.562,69	5.621	37,45	6.662,19
2015	14.098	21,46	1.522,10	6.797	43,44	6.390,61
Subtotal	64.426	94,71	1.469,99	27.002	166,07	6.150,19

Financiamento FAEC

2011	12	0,01	623,55	575	4,55	7.914,89
2012	19	0,01	641,84	618	5,76	9.315,05
2013	55	0,04	688,38	745	8,90	11.939,82
2014	34	0,03	786,48	836	9,33	11.164,73
2015	18	0,02	1.374,27	891	9,76	10.949,72
Subtotal	138	0,11	789,97	3.665	38,29	10.448,25
Total	64.564	94,81	1.129,98	30.667	204,36	8.299,22

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

Os dados indicam que a maior parte das internações do interior é de alta complexidade, ou seja, dependem de maior tecnologia e, portanto maior custo. Outra inferência que pode ser feita ao valor médio maior nestes pacientes é devido ao agravamento da situação de saúde que, por vezes, percorrem longos trajetos até acessarem os serviços hospitalares da capital (PORTO ALEGRE, 2017).

Em relação ao financiamento das internações, o modelo utilizado pelo SUS é baseado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade: média e alta complexidade.

A média complexidade é composta por procedimentos que atendam aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos mais simples para o apoio diagnóstico e tratamento. A alta complexidade, por sua vez, são os procedimentos que envolvem alta tecnologia e de alto custo (BRASIL, 2011).

Os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços da saúde são divididos em seis blocos de financiamento: assistência farmacêutica, atenção básica, média e alta complexidade, gestão, investimentos e vigilância em saúde.

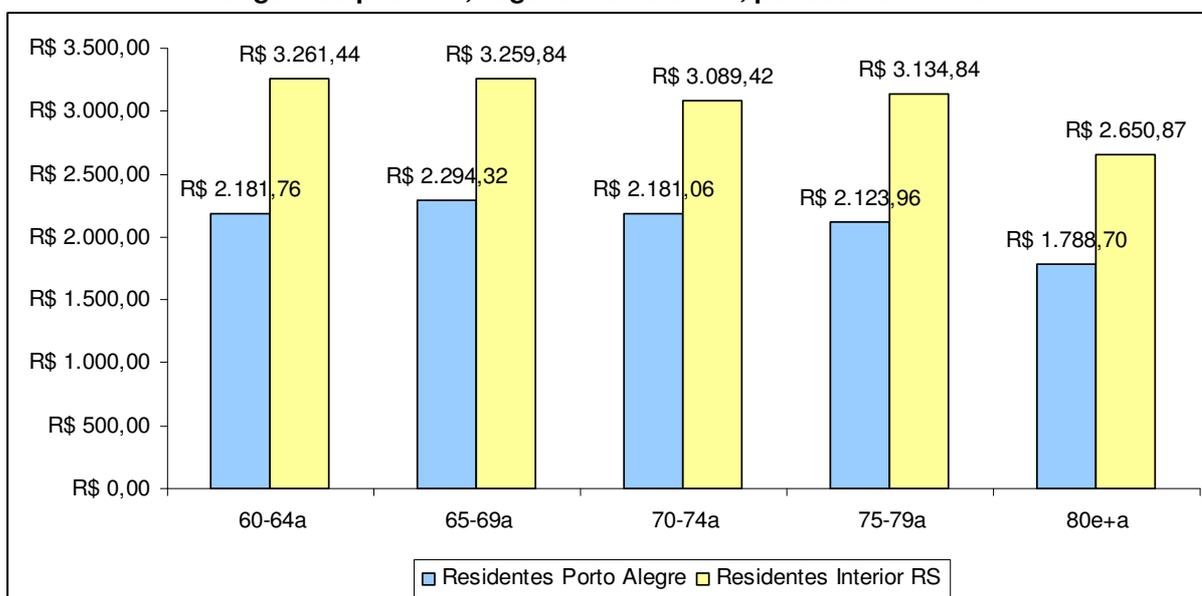
O financiamento dos procedimentos hospitalares de média e alta complexidade é custeado pelo bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade, o qual é formado por dois componentes: Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (MAC) e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) (BRASIL, 2007b).

No componente MAC encontram-se os recursos para financiamento de procedimentos e de incentivos permanentes, sendo transferidos mensalmente pelo

Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos estados e municípios para custeio de ações de média e alta complexidade, em conformidade com o publicado na Programação Pactuada e Integrada (PPI). No FAEC estão os recursos para custeio dos procedimentos: regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC), transplantes e procedimentos vinculados, ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido, novos procedimentos não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento (serão custeados pelo FAEC por um período de seis meses para possibilitar a formação da série histórica necessária à sua agregação ao componente MAC) (BRASIL, 2007b).

Em relação à idade, o custo médio foi superior em todas as faixas etárias nos pacientes oriundos dos municípios do interior. Para os munícipes de Porto Alegre o maior custo foi na faixa etária de 65 a 69 anos e nos não residentes na faixa de 60 a 64 anos. Porém, na faixa etária de 80 anos (e mais) os dados apontam para um declínio acentuado no valor das internações, conforme gráfico 8.

Gráfico 8 – Custo médio nas Internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo faixa etária, período 2011-2015.

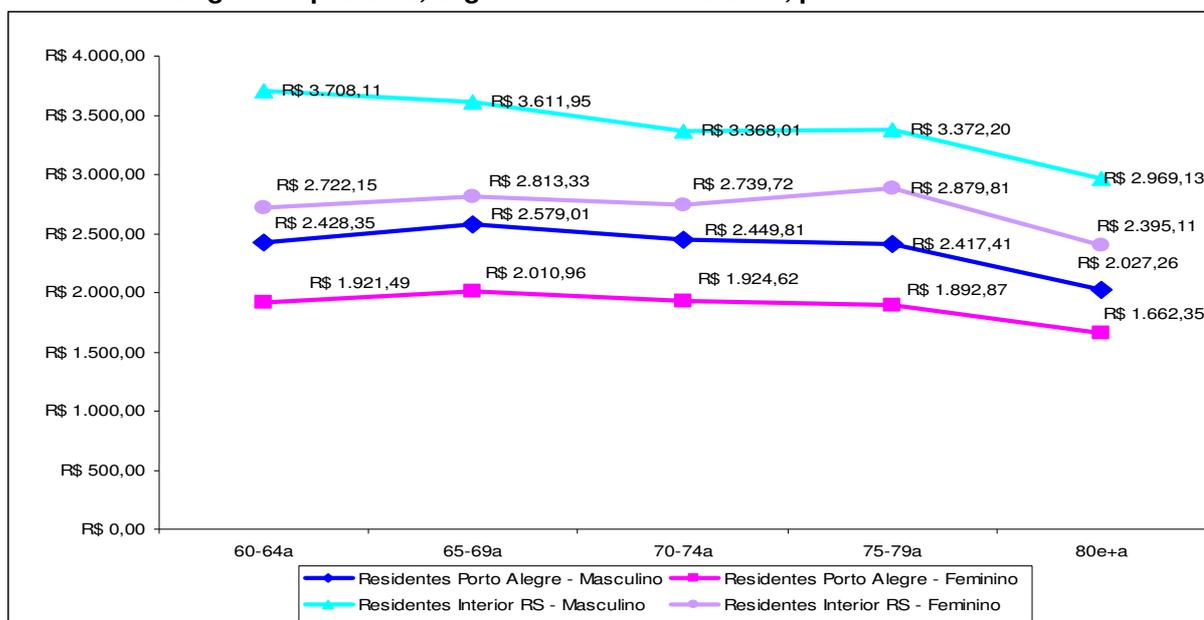


Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

Tratando-se do sexo do paciente, conforme gráfico 9, o custo médio das internações é maior, em ambos os sexos. Em se tratando de pacientes oriundos do interior, uma vez que o perfil deste paciente é, em geral, de maior gravidade, que

depende de maior tempo de permanência, e/ou com a utilização de tecnologias para o seu tratamento.

Gráfico 9 – Custo médio nas Internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo faixa etária e sexo, período 2011-2015.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

Ainda em relação ao gráfico 9, verifica-se que o paciente de sexo masculino, tem o custo mais elevado nas internações. Como já falado, como o homem demora mais para procurar serviços de saúde, quando as doenças são diagnosticadas já se encontram em estágio mais avançados, necessitando de tratamentos mais especializados e caros. Já as mulheres procuram mais os serviços de saúde, realizando tratamentos e investindo em prevenção e autocuidado, justificando menor gasto hospitalar na velhice (SILVEIRA, 2013).

Observa-se que a partir dos 80 anos os custos começam a declinar em ambos os grupos de município de procedência e sexo do paciente. Uma provável explicação para essa queda de custos é a redução da eficácia, de certos procedimentos mais onerosos, para os grupos etários de idade mais avançada. Esses grupos, provavelmente, responderiam qualitativamente menos, pois possuem uma condição de saúde mais fragilizada (NUNES, 2004).

Em relação ao diagnóstico principal, a população idosa contribui enormemente para os gastos com hospitalizações no âmbito do SUS, destacando-se os gastos com as doenças dos aparelhos circulatório e respiratório, sobretudo as

doenças isquêmicas do coração, a insuficiência cardíaca e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas. (PEIXOTO et al., 2004).

De acordo com a realidade das internações ocorridas em Porto Alegre, conforme dados da tabela 14, as doenças do aparelho circulatório, são as que mais acarretaram custos para o SUS, com 43,64% dos valores despendidos para as internações de idosos. Para as internações de pacientes de Porto Alegre, esta também é a causa com maior custo para o sistema, com 38,95%, e também para pacientes com a procedência de municípios do interior, chegando a 48,08%.

Tabela 14 – Valor total de internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, período 2011-2015.

Diag CID10 (capit)	Residentes Porto Alegre		Residentes interior RS		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
IX. Doenças do aparelho circulatório	110.344.988,32	38,95	143.832.462,01	48,08	254.177.450,33	43,64
II. Neoplasias (tumores)	33.643.012,58	11,87	43.973.013,87	14,70	77.616.026,45	13,32
X. Doenças do aparelho respiratório	37.800.985,98	13,34	19.565.007,69	6,54	57.365.993,67	9,85
XI. Doenças do aparelho digestivo	24.121.800,00	8,51	20.773.158,82	6,94	44.894.958,82	7,71
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	14.880.394,50	5,25	22.561.142,14	7,54	37.441.536,64	6,43
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	19.391.580,39	6,84	15.671.334,75	5,24	35.062.915,14	6,02
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	18.645.750,68	6,58	10.318.201,93	3,45	28.963.952,61	4,97
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	6.467.083,02	2,28	6.410.603,24	2,14	12.877.686,26	2,21
VI. Doenças do sistema nervoso	4.195.284,37	1,48	3.375.866,00	1,13	7.571.150,37	1,30
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	3.440.376,79	1,21	3.168.690,17	1,06	6.609.066,96	1,13
Outras Doenças CID10	10.401.224,20	3,67	9.525.435,60	3,18	19.926.659,80	3,41
Total	283.332.480,83	100,00	299.174.916,22	100,00	582.507.397,05	100,00

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

6.3 Mortalidade nas Internações Hospitalares SUS de Idosos

Em novembro de 2014, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.324 na qual estabelece conceitos de diagnóstico principal e secundário utilizados no programa de apoio à entrada de dados das AIHs, determinando a exclusão do campo “Diagnóstico de Causa Morte” e definindo o diagnóstico principal como a

condição estabelecida para esclarecer qual o mais importante ou principal motivo responsável pela admissão do paciente no hospital (BRASIL, 2014).

Corroborando a decisão do Ministério da Saúde, alguns autores, há algum tempo já vêm criticando a utilização de uma única causa de morte (causa básica de morte) para descrever padrões de mortalidade por suas limitações, principalmente, quando se tratam de processos mórbidos envolvendo idosos (VASCONCELOS, 2002; CAMARANO, 2004)

Desta forma, a extração dos dados para definir a mortalidade hospitalar neste estudo foi realizada pelo diagnóstico principal que definiu a sua entrada para internação. Mesmo sendo considerado um importante indicador de saúde, em virtude dos dados dos diagnósticos serem referentes à entrada do paciente na instituição hospitalar e não pela patologia que se deu a saída por óbito, deve-se ser analisado com cuidado e um pouco de reservas.

De acordo com os dados da tabela 14, ocorreram 23.778 óbitos em idosos no período de 2011 a 2015 (10,37% das internações), sendo 15.227 em residentes em Porto Alegre (11,35%) e 8.551 no interior do Estado (8,98%) do total de internações de idosos.

Tabela 15 – Óbitos nas internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo diagnóstico CID 10, período 2011-2015.

Diag CID10 (capit)	Residentes Porto Alegre			Residentes interior RS			Total		
	Intern.	Óbitos	%	Intern.	Óbitos	%	Intern.	Óbitos	%
	N	N		N	N		N	N	
X. Doenças do aparelho respiratório	20.772	4.322	20,81	7.525	1.572	20,89	28.297	5.894	20,83
II. Neoplasias (tumores)	16.651	2.557	15,36	20.494	2.268	11,07	37.145	4.825	12,99
IX. Doenças do aparelho circulatório	34.474	2.789	8,09	28.158	1.806	6,41	62.632	4.595	7,34
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7.854	2.414	30,74	3.512	1.106	31,49	11.366	3.520	30,97
XI. Doenças do aparelho digestivo	12.487	894	7,16	8.695	659	7,58	21.182	1.553	7,33
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	10.495	634	6,04	8.534	343	4,02	19.029	977	5,13
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	11.439	435	3,8	5.513	221	4,01	16.952	656	3,87
Demais causas CID10	19.960	1.182	16,89	12.800	576	22,22	32.760	1.758	18,63
Total	134.132	15.227	11,35	95.231	8.551	8,98	229.363	23.778	10,37

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

As doenças do aparelho respiratório, do aparelho circulatório e neoplasias e doenças infecciosas e parasitárias foram as causas de internação as quais tiveram o maior número absoluto de óbitos em ambos os grupos e, em número proporcional às internações foram as doenças infecciosas e parasitárias, do aparelho circulatório e neoplasias, de acordo com a tabela 15.

Nos últimos anos, tanto em países considerados desenvolvidos como em subdesenvolvidos, os padrões de mortalidade da população idosa se assemelham, sendo a primeira causa de óbito as doenças cardiovasculares e a segunda, as neoplasias. Essa realidade também é observada no Brasil, onde em terceiro lugar aparecem as doenças do aparelho respiratório, correspondendo, as três causas, a mais de 60% do total dos óbitos (CABRERA; ANDRADE; WAJNGARTEN, 2007; MALTA, 2014).

As doenças respiratórias embora apareçam com o maior número absoluto de internações que ocasionaram mortes, proporcionalmente ao número de internações neste estudo, configuram como a segunda maior causa de mortalidade hospitalar. Já em estudo semelhante, realizado no Estado da Paraíba ao analisar as causas de morbidade hospitalar constatou que as doenças circulatórias representam a principal causa de óbitos, seguida das doenças respiratórias e das doenças infecciosas e parasitárias (LIMA, 2016).

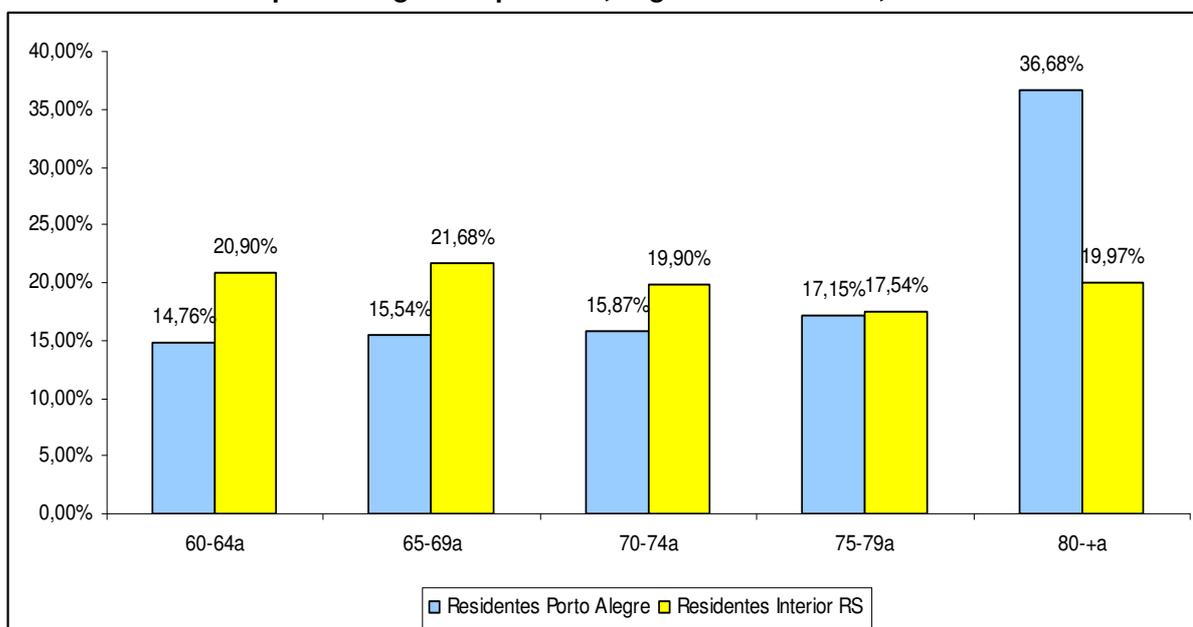
O segundo maior número absoluto de internações que resultaram em óbitos, as neoplasias, na maioria dos casos, ocorre após os 60 anos. Essa maior incidência no idoso se deve ao fato de que cerca de 80% de todos os cânceres estão relacionados, direta ou indiretamente, ao tempo de exposição a agentes cancerígenos, sendo, atualmente, a segunda causa de morte no Brasil (BRASIL, 2003b).

Proporcionalmente ao número de internações, as doenças infecciosas e parasitárias foram as principais causas de internação que levaram a morte em 30,74% das internações de residentes em Porto Alegre e 31,49% dos pacientes residentes no interior do Estado. Este fato suscita muitas preocupações, pois as taxas de mortalidade brasileira por doenças infecciosas ainda são elevadas para os padrões mundiais na atualidade, fazendo com que ainda muitos anos potenciais de vida sejam perdidos por causas que seriam evitáveis com ações básicas de prevenção e atenção primária à saúde, de baixo custo (PAES; SILVA, 1999).

De acordo com o gráfico 10, o número de óbitos cresce proporcionalmente à medida que aumenta a idade nos residentes em Porto Alegre, tendo a maior concentração de óbitos na faixa etária acima de 80 anos, com 36,68% do total de óbitos entre os porto-alegrenses.

Já nas internações de idosos que residem no interior do Estado, a maior concentração de óbitos ocorreu na faixa etária dos 65 a 69 anos, com o percentual de 21,68%. Nas faixas etárias de 70-74 e 75-79 anos os dados apresentaram declínio no percentual, tornando a aumentar na medida em que a idade supera 80 anos de idade.

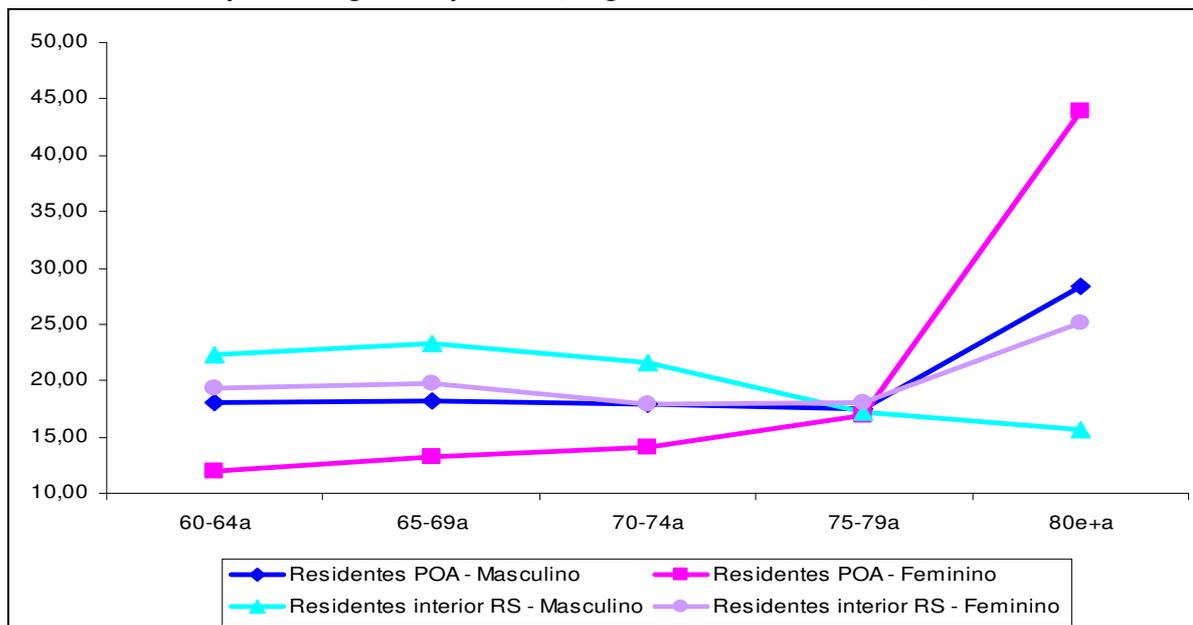
Gráfico 10 – Percentual de óbitos nas internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo faixa etária, 2011-2015.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

O gráfico 11 aponta maior percentual de óbitos, em ambos os sexos dos pacientes residentes no interior do Estado até atingir os 79 anos, sendo que após os 80 anos os pacientes residentes em Porto Alegre apresentam o maior número de mortes.

Gráfico 11 – Percentual de óbitos nas internações SUS de idosos em Porto Alegre, por município de origem do paciente, segundo faixa etária e sexo, 2011-2015.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)

Salienta-se que os dados de mortalidade apresentados, devido às limitações encontradas, são apenas um indicativo e para um dado mais preciso e fidedigno da causa da morte é necessário uma pesquisa mais aprofundada no sentido de relacionar os dados de internação hospitalar com os dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

CONCLUSÃO

Uma das consequências do aumento do número de idosos na população é a ampliação do contingente de pessoas na busca por assistência hospitalar, uma vez que o fato de estarmos vivendo por mais tempo não se traduz, necessariamente, que estes anos serão com saúde. Inúmeros estudos confirmam que a ampliação do número de idosos tem relação direta com a maior utilização do sistema de saúde - decorrente do maior tempo de vida e das múltiplas patologias crônicas, fazendo que isto seja um grande desafio para a área da saúde, principalmente para o Sistema Único de Saúde (BAER; CAMPINO; CAVALCANTI, 2000; MENDES, 2011; VERAS, 2012).

Mesmo depois da criação do SUS e a implantação da universalização do acesso aos serviços de saúde, embora sejam indiscutíveis os avanços alcançados na área da saúde, tanto em termos de ampliação da cobertura quanto em níveis de atendimento - persiste a desigualdade regional no acesso, que é ainda mais marcante em relação aos serviços mais complexos, fazendo que muitos pacientes tenham que se dirigir a grandes centros para atender a sua necessidade em saúde.

Neste contexto de mudanças no cenário nacional, estadual e especificamente, de Porto Alegre, considerada importante polo de saúde do Estado, é extremamente relevante que se avalie a produção assistencial no âmbito do SUS e sua capacidade de responder às novas exigências demográficas e epidemiológicas. Desta forma, o presente estudo examinou as internações de idosos aprovadas pelo SUS em serviços hospitalares no período de 2011 a 2015 no município de Porto Alegre, traçando um comparativo entre a procedência dos pacientes em relação a diversas variáveis e indicadores de saúde.

As internações hospitalares em pessoas com mais de 60 anos realizadas em Porto Alegre somaram 1.130.614 AIHs, representaram 20,29% do quantitativo de internações totais ocorridas no Rio Grande do Sul no mesmo período e faixa etária.

Destas internações, 58,48% foram de pacientes munícipes de Porto Alegre e 41,52% de cidades do interior do Estado. O sexo predominante nas internações foi o feminino quando se analisa a totalidade das internações e também quando se faz o recorte por município de origem Porto Alegre. Em relação às internações do interior do Estado, o maior número de atendimentos hospitalares foi no sexo masculino, dado que pode se justificar na falta de hábito do sexo masculino, em

geral, de buscar aos serviços de saúde para tratamento ou auxílio na prevenção de doenças e, quando o faz, devido à cronicidade das doenças, o tratamento requer utilização de maiores tecnologias e, por isso, a maior procura por estes serviços em Porto Alegre.

Observou-se que o maior percentual de internações ocorre na faixa etária de 60 a 65 anos, em ambos os sexos e grupos de município de procedência, com a tendência a diminuir enquanto as faixas etárias aumentam, porém tornando a aumentar expressivamente na faixa etária mais elevada (mais de 80 anos) nas mulheres portoalegrenses. Esta informação pode ser corroborada pelo fato de que os indicadores demográficos populacionais no Brasil apontam as mulheres com uma expectativa de vida de 10 anos a mais que os homens e de que os idosos do sexo masculino estão mais propensos aos riscos de adoecer e morrer em relação aos do sexo feminino.

Em relação ao diagnóstico que determinou a internação de idosos dos munícipes de Porto Alegre, independente do sexo, os dados apontam para as doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório e neoplasias como principais causas, tanto em número absoluto como em percentual sobre as internações totais em idosos. Para os pacientes do interior do Estado, independente do sexo, as principais causas de internação foram as referentes às doenças do aparelho circulatório seguidas de neoplasias (tumores) e doenças do aparelho digestivo. Estudos anteriores apontam resultados semelhantes (CAMARANO, 1994; LOYOLA et al., 2005; GOIS; VERAS, 2010; GONÇALVES et al., 2010).

O acentuado número de internações por neoplasias é um importante indicador para configurar o perfil epidemiológico da população do Estado, na qual as neoplasias, segundo a literatura, coloca o Estado do Rio Grande do Sul com a maior taxa de mortalidade padronizada. A maior incidência no idoso se justifica pelo fato de que cerca de 80% de todos os cânceres estão relacionados ao tempo de exposição a agentes cancerígenos, ou seja, quanto mais o ser humano envelhece fica mais exposto a vários agentes maléficos à saúde humana.

No tocante à forma que se deu o acesso do paciente ao sistema de saúde em Porto Alegre apenas 23,98% foram identificadas como de caráter eletivo e a maioria, 76,02%, foram com o caráter de atendimento de urgências, sendo o percentual maior entre os pacientes residentes em Porto Alegre.

Os casos de internação de urgência em geral são aqueles que requerem assistência rápida, no menor tempo possível, com o intuito de evitar complicações e sofrimento, sem a necessidade do prévio agendamento. Porém, o percentual é muito superior de internações por urgências em detrimento das eletivas, quando deveria acontecer o inverso, sugere que possa estar ocorrendo burla no processo através da “urgencialização” do atendimento para fugir às regras da regulação.

A procura espontânea pelos serviços de atenção hospitalar pelo acesso de urgência tornou-se a porta mais frequente de entrada ao sistema, atendendo diretamente grande parte da demanda que deveria ser atendida na rede básica de saúde, perdendo-se tanto a qualidade no atendimento primário quanto no acesso da população aos tratamentos especializados (quando verdadeiramente necessários), representando, além disso, ampliação ineficiente dos gastos do SUS (BRASIL, 2011).

Quando analisado a média de permanência das internações, não se verificou diferença significativa entre as internações do grupo dos residentes em Porto Alegre e dos residentes no interior do Estado. Em relação à faixa etária, os dados apresentam um crescente aumento no tempo médio de dias na medida em que as faixas etárias vão aumentando até alcançar a faixa de 75 a 79 anos, voltando a declinar após esta idade. O sexo masculino, independente do município de procedência, fica mais dias internado comparados com as mulheres.

Em se tratando de internações hospitalares que evoluíram para a utilização de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), observam-se nos pacientes do interior o maior percentual, com 17,16%, enquanto que pacientes residentes em Porto Alegre foi de 14,86%. Através deste dado, pode-se deduzir que estes pacientes quando se dirigem a Porto Alegre o fazem para realização de procedimentos com maior gravidade e, por isso, o número maior de internações que precisaram ser encaminhados para leitos complementares.

A maior média de permanência em relação aos diagnósticos de internação, em ambos os grupos de município de procedência, foram os transtornos mentais e comportamentais com 21,36 dias para os portoalegrenses e 22,06 dias para não residentes, seguidos das doenças infecciosas e parasitárias, com 14,09 e 16,82 dias, respectivamente.

Em idosos os transtornos de ordem psíquicos e comportamentais têm alto consumo de recursos da saúde devido às múltiplas internações e do tempo de

permanência hospitalar prolongado. Porém, a falta de possibilidades terapêuticas que não por hospitalização, como CAPS, pode ser o indicativo do número elevado de dias de internação. As doenças infecto-parasitárias aliadas ao processo natural de envelhecimento e a falta de maiores investimentos em saneamento básico para promoção de uma maior salubridade física e ambiental desta parcela da população, pode justificar a média elevada de dias de internação nos pacientes idosos em Porto Alegre (residentes ou não).

Embora o número de internações com residência de fora do município tenha sido menor, o percentual utilizado para custear as internações foi superior, com 51,37% do montante total. Este dado fica mais evidente quando são analisados os dados de alta complexidade, em que o percentual gasto chegou a 60,42% quando comparados aos residentes na capital.

Em relação ao custo médio, independentemente do financiamento ou complexidade do procedimento realizado, as internações de pacientes do interior do estado tiveram um custo maior quando comparadas às internações de residentes em Porto Alegre. Justifica-se, muito possivelmente, pelo agravamento da sua situação de saúde, demandando, portanto, maior utilização de tecnologia e, por conseguinte, maior custo no seu tratamento. As doenças do aparelho circulatório são as que mais acarretaram custos para o SUS em internações de pacientes de Porto Alegre, com 38,95% do total de internações deste grupo e 48,08% quando verificadas as hospitalizações com a procedência do interior.

Para definir a mortalidade hospitalar neste estudo, devido à impossibilidade de utilizar a categorização CID causa da morte, a pesquisa foi realizada pelo diagnóstico principal, que definiu a entrada do paciente para internação. As doenças do aparelho respiratório, aparelho circulatório e neoplasias e doenças infecciosas e parasitárias foram as causas de internação as quais tiveram o maior número absoluto de óbitos em ambos os grupos. Porém, levando-se em consideração a proporcionalidade pelo número de internações, as doenças infecciosas e parasitárias foram as principais causas de internação que levaram a morte em 30,74% das internações de residentes em Porto Alegre e 31,49% dos pacientes residentes no interior do Estado.

Este fato suscita muitas preocupações, pois as taxas de mortalidade brasileira por doenças infecciosas e parasitárias ainda são elevadas para os padrões mundiais na atualidade, fazendo com que muitos anos potenciais de vida sejam perdidos por

causas que seriam evitáveis com ações básicas de prevenção e atenção primária à saúde, de baixo custo (PAES; SILVA, 1999).

Neste contexto, conclui-se que independente do indicador que se utilize para avaliar a saúde da população idosa, a hospitalização é sempre considerada um grande motivo de preocupação para os gestores de saúde devido aos possíveis riscos, complicações, tempo de internação e utilização de recursos que podem surgir dessa modalidade de assistência.

O processo de envelhecer não começa subitamente aos 60 anos, mas consiste no acúmulo e interação de processos sociais, médicos e de comportamento de uma vida toda. As metas para se alcançar uma velhice saudável, e comprimir a morbidade são promover a saúde e o bem-estar durante toda a vida do indivíduo (LITVAK, 1990).

Diante do exposto, a crescente demanda gerada pela população que envelhece suscita um grande obstáculo para a saúde pública: Como reestruturar um novo sistema de saúde que não esteja pautado apenas no atendimento às condições agudas ou agudizadas de saúde e em serviços de alta densidade tecnológica, mas, sim, que contemple modelos assistenciais baseados, sobretudo, na integralidade do cuidado ao idoso?

A resposta pode estar em promover serviços de assistência contínua, que incluam prevenção e promoção, atenção primária, cuidados intensivos, reabilitação, assistência a doenças crônicas e degenerativas e assistência paliativa - que apresentam maior resolubilidade - para atender às reais necessidades de saúde de idosos.

Vários estudos na área comprovaram que maiores e melhores investimentos na Atenção Primária de Saúde (APS), com ações básicas de prevenção e promoção à saúde - que são de baixo custo e de grande resolutividade - ao longo prazo reduziram enormemente os custos na atenção secundária e terciária, principalmente nos gastos com hospitalizações (MENDES, 2011; SILVA et al., 2005; PAES; SILVA, 1999; STARFIELD. 2002).

Intensificar a cobertura das Equipes de Saúde da Família aliada à implantação de Clínicas de Família, que já existem na cidade do Rio de Janeiro e está sendo pensado para Porto Alegre, com o foco nas ações de prevenção, promoção da saúde e diagnóstico precoce de doenças, pode ser uma alternativa

para aumentar a resolutividade dos atendimentos e diminuir o número de internações (HARZHEIM, 2013).

Outra alternativa para diminuir as morbimortalidades hospitalares seria a ampliação das assistências domiciliares com o intuito de prestar o atendimento ao idoso dentro da segurança e conforto do seu próprio domicílio, limitando recurso à hospitalização e, por consequência, a redução de complicações decorrentes de longas internações hospitalares e dos custos envolvidos em todo o processo de hospitalização.

Além disso, investimentos em Telesaúde e Telemedicina com enfoque para a população de idosos seria uma possibilidade viável, pois este tipo de tecnologia tem se mostrado capaz de reduzir o custo dos cuidados de saúde e aumentar a eficácia dos tratamentos através de uma melhor gestão de doenças crônicas, profissionais de saúde compartilhados, tempos de viagem reduzidos e hospitalizações com menos dias de internação.

Importante ressaltar que estas alternativas têm que ser pensadas e implementadas não somente em âmbito de Porto Alegre, mas como estratégia para os demais gestores de saúde dos municípios do Estado no sentido de diminuir, a médio e longo prazo, o número de internações hospitalares, principalmente nos grandes centros de saúde.

A situação de pacientes que se dirigem a Porto Alegre para tratamento, independentemente da faixa etária, é reiteradamente discutida dentro da Secretaria Municipal de Saúde devido à insuficiência de recursos recebidos para custear seu atendimento. A PPI, que teoricamente tem como um dos seus objetivos a alocação dos recursos de forma a garantir o acesso da população a ações e serviços de saúde em outros municípios que ofertam o serviço (desde que tenham encaminhamentos formalizados e negociados anteriormente entre os respectivos gestores), esbarra na medida em que o município referenciado recebe um número muito superior de pacientes (e que demandam um custo muito maior) do que foi acordado entre gestores ou, muitas vezes, de gestores que sequer pactuaram estes serviços com os municípios polos.

Na prática, Porto Alegre acaba custeando procedimentos de pacientes de outros municípios e deixa de atender, muitas vezes, seus pacientes de origem ou pacientes que de, de fato, são referenciados para atendimento na capital. Mesmo depois da regionalização da saúde, fica claro que as regiões não estão conseguindo

manter o rol mínimo de ações e serviços propostos na CIB, pelo menos no que diz respeito à atenção hospitalar.

Uma solução seria a revisão dos valores repassados para os municípios, levando-se em consideração série histórica dos procedimentos realizados em Porto Alegre para pacientes de outros municípios de residência ou, ainda, tensionar a esfera estadual para que a Câmara de Compensação, instituída no Estado em 2014 através da CIB/RS nº 358, saia do papel e cumpra seu principal propósito de monitoramento e efetivação das devidas compensações financeiras relativas à demanda de pacientes de outros municípios que procuram assistência sem a devida contrapartida financeira (RIO GRANDE DO SUL, 2014)

Desta forma, gestores da saúde têm vivenciado, no seu cotidiano, o dilema da garantia do acesso, da qualidade e resolutividade nos atendimentos contrapondo com um quadro de insuficiência financeira. Porém, antes de se avaliar o gasto com as internações é prioritário pensar na saúde e bem estar da população, em especial a idosa independente de onde reside – no cumprimento da equidade, integralidade e universalidade que são as diretrizes norteadoras do SUS.

Por fim, cabe a nós sanitарistas a ampliação do debate, em especial dentro das veias acadêmicas (como a Saúde Coletiva), sobre o envelhecimento populacional e as questões relativas à transição demográfica e epidemiológica e suas consequências para o sistema de saúde no intuito de pensar soluções e avaliar alternativas que possibilitem a diminuição do impacto sobre a qualidade de vida da população. E compete à sociedade como um todo cobrar do Estado e dos gestores em saúde o cumprimento de seu papel na implementação de políticas públicas direcionadas à manutenção da saúde da população, em especial, a idosa.

REFERÊNCIAS

BAER, Werner; CAMPINO, Antonio Carlos; CAVALCANTI, Tiago. Condições e política de saúde no Brasil: uma avaliação das últimas décadas. **Economia Aplicada**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 763-785, 2000.

BARRETO, Maurício Lima, CARMO, Eduardo Hage. Determinantes das condições de saúde e problemas prioritários no país. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno da 11 Conferência Nacional de Saúde**, p. 235-259, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2011.

_____. Lei n. 10.741 de 1 de outubro de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 3 out. 2003a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 28 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Câncer no Brasil**: dados dos registros de base populacional, 3.ed. Rio de Janeiro: Inca; 2003b.

_____. _____. **Portaria 204 de 29 de janeiro de 2007**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acesso em: 2 jun. 2017.

_____. _____. **Portaria 1324 de 27 de novembro de 2014**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt1324_27_11_2014.html>. Acesso em: 21 jun. 2017.

BRITO, Fausto. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n1/v25n1a02.pdf>>. Acesso em 21 out. 2016.

BRITO, Thaís Alves, et al. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 43-51, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_06.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2016.

CABRERA, Marcos Aparecido Saria; ANDRADE, Selma Maffei; WAJNGARTEN, Maurício. Causas de mortalidade em idosos: estudo de seguimento de nove anos. **Revista Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1-14, 2007. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/2007-1.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2017.

CAMARANO, Ana Amélia. **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CARVALHO, Jose Alberto; GARCIA, Ricardo Alexandrino. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, maio/jun. 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15876.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2016.

CHAIMOWICZ, Flavio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, abr. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2170.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2016.

CLEMENTE, Adauto Silva, et al. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 555-564, mar, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300015>. Acesso em: 02 jun. 2017

COELHO FILHO, João Macedo. Saúde do Idoso. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 401-421.

CRUZ, Danielle Teles da; CAETANO, Vanusa Caiafa; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 500-508, 2010. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_500-508.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; MERHY, Emerson Elias. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOIS, Ana Luzia Batista de; VERAS, Renato Peixoto. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 15, v. 6, p. 2859-2869, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a23v15n6.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

GONÇALVES, Andrea T. Cadaval, et al. Câncer de mama: mortalidade crescente na Região Sul do Brasil entre 1980 e 2002. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1785-1790, ago 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800005>. Acesso em: 20 jun 2017.

HARZHEIM, Erno. **Reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro**: avaliação dos primeiros três anos de clínicas da família. Porto Alegre:

OPAS, 2013. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/biblioteca_em_saude/050_material_saude_livro_reforma_aps_rj.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm>. Acesso em: 12 nov. 2016.

_____. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

IZZO, Helena. Impacto da internação hospitalar na capacidade funcional do idoso em enfermagem geriátrica. **O Mundo da Saúde**, ano 29, n. 4, p. 629-637, nov./dez. 2005.

LEBRÃO, Maria Lucia. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2559.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

LIMA, Mariana Guilherme, et al. Estudo comparativo da morbimortalidade entre idosos no Estado da Paraíba. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Pombal, v. 6, n. 4, p.10-21, out/dez, 2016

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria; GIATTI, Luana. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 735-743, 2003.

LITVAK, Jorge. El envejecimiento de la población: un desafío que va más allá del año 2000. **Bol. Oficina Sanit.**, Panamá, n. 109, p. 1-5, 1990.

MALTA, Debora Carvalho, et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 23, n. 4, p. 599-608, dez. 2014. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n4/v23n4a02.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração e interpretação de dados**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros. **Perfil epidemiológico e tendência da internação hospitalar por causas externas no sistema único de saúde - Brasil, 2002-2011**. 2014. 137 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2017.

_____. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Marcia Barbosa, et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 422-426, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

MESQUITA FILHO, Marcos; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. Características da morbidade por causas externas em serviço de urgência. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n.4, p. 579-591, 2007.

NOGUEIRA, Silvana et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 14, n. 4, p. 322-329, jul./ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n4/aop019_10.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.

NUNES, André. O envelhecimento populacional e as despesas do sistema único de saúde. In: CAMARANO, Ana Amélia.(Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

PAES, Neir Antunes; SILVA, Lenine Angelo A. Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil: uma década de transição. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 6, n. 2, p. 99-109, Aug. 1999. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v6n2/a4.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2007.

PAES-SOUZA, Romulo. Diferenciais intra-urbanos de mortalidade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1994: revisitando o debate sobre transições demográfica e epidemiológica. **Cadernos de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1411- 1421, set./out. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11014.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco; FRANCO, Renato Prudente; SALLES, Renata Freitas Nogueira. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 39-56.

PEIXOTO, Sergio Viana et al. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 239-246, 2004. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v13n4/v13n4a06.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

PICCINI, Roberto Xavier et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 657-667, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30981.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

PILGER, Calíope, et al. Causas de internação hospitalar de idosos residentes em um município do Paraná, uma análise dos últimos 5 anos. **Revista Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 3, p. 394-402, Set/Dez 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/viewFile/3186/2407>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

PONTES, Ricardo José, et al. Transição Demográfica e Epidemiológica. In: MEDRONHO, Roberto. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p.123-151.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms.pdf>. Acesso em: 20 de jun. de 2017.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2014_2017.pdf >. Acesso em: 20 de jun. de 2017.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2016**. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_final_2016.pdf >. Acesso em: 20 de jun. de 2017.

RAMOS, Luiz Roberto; VERAS, Renato. KALACHE, Alexandre. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 211-224, jun. 1987. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/06.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 555/2012 – CIB/RS**. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28155806-resolucao-cib-555-12.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. **Resolução nº 358/2014 – CIB/RS**. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170203/23110320-1407256288-cibr358-14.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2017.

_____. **Resolução nº 499/2014 – CIB/RS**. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28155805-resolucao-cib-499-14.pdf>>. Acesso em 08 jul.2017.

SANTOS, Maria Isabel. Perfil dos idosos internados no Hospital Geral em Belém (Pará). **Esc. Anna Nery**, n. 11, v. 1, p. 23-29, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a03.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, out./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a11v9n4>>. Acesso em: 20 out. 2016.

SILVA, Kênia Lara et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 391-397, 2005. Disponível em: <<http://>

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2016.

SILVEIRA, Rodrigo Eurípedes da, et al. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Einstein**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 514-520, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n4/19.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

SIQUEIRA, Ana Barros, et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p.687-694, 2004.

SOUSA, Raine Danyele Vieira, et al. A enfermagem e o cuidado a pacientes idosos em UTI: relato de experiência. In: Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, 4. , 2015. **Anais...** Maceió, 2015. Disponível em: <http://www.editora realize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA4_ID257_07072015202245.pdf>. Acesso em: 20 de jun. de 2017.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 20 jun.2017.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales. **Causas Múltiplas de Morte: uma análise de padrões de mortalidade entre idosos**. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_SAU_ST35_Vasconcelos_texto.pdf>. Acesso em: 20 jun 2017. Acesso em: 20 jun. 2017.

VERAS, Renato. Considerações acerca de um jovem país que envelhece. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 382-397, out./dez. 1988. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v4n4/04.pdf>>. Acesso em 01 nov. 2016.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, maio/jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

_____. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a25v17n1>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

VERAS, Renato; COUTINHO, Evandro; COELI, Cláudia Medina. Epidemiologia dos transtornos mentais em idosos: um estudo comunitário e hospitalar. In: BARRETO, Maurício Lima, et al. **Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

World Health Organization. (WHO) Active Ageing: a contribution of the World Health Organization to the second United Nations World assembly on aging. Madrid, Spain, April, 2002.