UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PATRÍCIA FÁTIMA BENTO

Internações dos idosos por Condições Sensíveis à Atenção
Primária em um município mineiro

RIBEIRÃO PRETO
2015

PATRÍCIA FÁTIMA BENTO

Internações dos idosos por Condições Sensíveis à Atenção
Primária em um município mineiro

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: práticas, saberes e políticas de
saúde.

Orientadora: Silvia Matumoto

RIBEIRÃO PRETO
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Bento, Patrícia Fátima

Internações dos idosos por Condições Sensíveis à Atenção Primária em um município mineiro. Ribeirão Preto, 2015.

141 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientadora: Silvia Matumoto

1. Atenção primária à saúde. 2. Idoso. 3. Envelhecimento. 4. Hospitalização.

BENTO, Patrícia Fátima

Internações dos idosos por Condições Sensíveis à Atenção Primária em um município mineiro.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde Pública.

Aprovado em 26 de junho de 2015

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por manifestar em minha vida todo o seu amor e cuidado; pelos sonhos por Ele infundidos em meu coração e pela graça concedida, a cada passo, para poder realizá-los.

Aos meus pais, Zezinho e Marlúcia, manifestação concreta do cuidado e do amor de Deus por mim! Meus maiores incentivadores e minha inspiração. Gratidão por todo apoio, pela força que sempre recebi de vocês, por cada oração e ‘velinha’ acesa, por compreenderem minhas ausências e por toda dedicação que sempre tiveram comigo e com meu irmão. Amo-os com toda força e verdade do meu coração!

Ao meu irmão Adriano, que, assim como meus pais, sempre me incentivou e me apoiou na luta para a realização deste trabalho, e de tantos outros sonhos. Sem dúvida alguma, você, papai e mamãe são a maior razão de tudo isso.

Ao meu noivo Marcelo, pelo grande homem, amigo e companheiro que é. Por sua paciência comigo, por toda cumplicidade, amor e compreensão. Com certeza você fez toda diferença! *“Yeah it's always better when we're together”*.

Aos meus sogros e cunhados, por toda paciência e por todo apoio que sempre me deram neste tempo importante. Vocês são muito especiais para mim.

À minha querida amiga e orientadora Silvia Matumoto, por ter acreditado no meu potencial e tanto me incentivado na realização deste trabalho. Admiro-te muito pela serenidade e solicitude com que sempre me acolheu, pela pessoa especial que és e serei eternamente grata por todo conhecimento e experiências compartilhados.

À Nilzemar, pela amizade sincera que construímos ao longo dos anos de graduação e que, se Deus quiser, nos acompanhará por toda a vida. Obrigada por todas as oportunidades que me ofereceu de crescimento pessoal e profissional, e, principalmente, por estimular em mim o amor pelo conhecimento e pela ciência.

À minha querida amiga Amanda, companheira de caminhada, que tanto aprendi a respeitar e admirar. Levarei sempre comigo nossas partilhas, gargalhadas, confidências e as boas lembranças dos momentos que vivemos juntas: seu casamento, as poucas visitas em Franca e as vezes que me fez companhia em Ribeirão. E que Deus nos conserve sempre amigas!

Às pessoas especiais que conheci ao longo desses anos na pós-graduação e que, cada um a seu modo, foram se tornando tão especiais em minha vida: Marianna, Anna Maria, Isabela, Mônica, Renata, Fernando, Marina, Carol, Andreia e tantos outros. Obrigada por todos os momentos compartilhados.

Às professoras Cinira, Zezé e Silvana, que tanto contribuíram no meu processo de construção de conhecimento, pelo carinho e pela amizade que sempre manifestaram. Mulheres fortes, guerreiras e que muito amam.

Aos colegas do NUPESCO pelas experiências compartilhadas, pelo conhecimento construído e por todo apoio.

À Secretaria Municipal de Saúde de Passos, em especial ao Sr. Dickson Helinton de Castro, por ter consentido a realização deste trabalho, pelo acolhimento e pela pronta disponibilidade em ajudar sempre que foi necessário. Por todos os funcionários da secretaria que, direta ou indiretamente, tanto me ajudaram.

À minha querida Carol Freitas, por todo suporte que me forneceu em todas as vezes que precisei. Além de uma profissional extremamente comprometida e apaixonada pelo que faz, é uma pessoa muito especial e com uma capacidade incrível de acreditar no bem (e lutar para que ele aconteça).

À equipe da Agência Nacional de Saúde Suplementar, por me incentivar e compartilhar comigo deste tempo tão especial, com paciência e muitas risadas. Quanto tenho aprendido com vocês da equipe e como sou grata a Deus pela oportunidade de ter conhecido a cada um e ter aprendido tanto.

À Shirley e ao Ulisses da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, que se mostraram sempre tão solícitos e prontos a me ajudar e orientar em todas as vezes que precisei, e a todos os demais funcionários dessa escola.

E a todos os amigos, de perto e de longe, com os quais sempre pude contar. Não me atreverei aqui a citar nomes para não correr o risco de ser injusta com alguém, mas saibam que vocês são essenciais minha vida! Afinal, como já dizia Santo Agostinho, “*a metade de nossa alma é um bom amigo*”.

Importante não é ver o que ninguém nunca viu, mas sim pensar o que ninguém nunca pensou sobre algo que todo mundo vê.

Arthur Schopenhauer

Quando a velhice chegar, aceita-a, ama-a. Ela é abundante em prazeres se souberes amá-la. Os anos que vão gradualmente declinando estão entre os mais doces da vida de um homem. Mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo dos anos, estes ainda reservam prazeres.

Sêneca

RESUMO

BENTO, P. F. **Internações dos idosos por Condições Sensíveis à Atenção Primária em um município mineiro.** 2015. 141 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015.

O acelerado processo de envelhecimento populacional, que tem se tornado uma realidade crescente em todo mundo, apresenta-se como um dos maiores desafios para as políticas públicas. A utilização do indicador denominado internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) parte do pressuposto de que a oferta de serviços e ações resolutivos na atenção primária à saúde (APS) reduziria as internações hospitalares por alguns grupos de causas específicas. Tal indicador, a exemplo das listas internacionais, permite avaliar, indiretamente, o acesso e a qualidade dos serviços e ações empreendidos na APS e identificar áreas prioritárias na atenção à saúde da população. O Brasil, em 2008, publicou a Lista Brasileira de CSAP, utilizada neste estudo. Objetivou-se analisar as internações hospitalares por CSAP entre a população idosa (60 a 79 anos), residente no município de Passos-MG, no período de 2008 a 2012, identificando as principais causas de internação e descrevê-las segundo a distribuição de gênero e faixa etária. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, de abordagem quantitativa, que utilizou dados secundários do Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), com aprovação do comitê de ética local. Os resultados encontrados apontam que 64,04% das internações em idosos foram devido às doenças do aparelho circulatório e, 12,28%, às do aparelho respiratório. Os grupos de causas mais prevalentes foram Insuficiência Cardíaca, Angina, Doenças Cerebrovasculares, Doenças Pulmonares e Diabetes Mellitus. Quanto ao gênero, o masculino apresentou as taxas de internações por CSAP mais elevadas do que as do gênero feminino. Referente às faixas etárias, foi demonstrado que existe uma tendência proporcional de aumento entre as taxas de internação por CSAP e o avançar da idade, ou seja, as menores taxas foram entre as pessoas com 60 a 64 anos, e as maiores, entre os indivíduos de 75 a 79 anos. Considerar as alterações decorrentes da senilidade e da senescência são pontos primordiais ao se pensar no cuidado ao idoso. Os dados descritos neste trabalho permitem a identificação de áreas prioritárias na atenção ao idoso que precisam ser focadas pelas políticas públicas, tanto na saúde quanto nos demais setores, o que sugere a necessidade de promoção de ações intersetoriais e reorganização da sociedade em geral para acolher e atender a crescente demanda apresentada por esta importante parcela populacional. Além disso, acredita-se que os resultados desta pesquisa apontam para a necessidade de outros estudos que possam contribuir com esta construção.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Idoso. Envelhecimento. Hospitalização.

ABSTRACT

BENTO, P. F. **Elderly Hospitalizations by Primary Care Sensitive Conditions in a municipality of Minas Gerais**. 2015, 141 f. Master's Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2015.

The accelerated process of population aging, which has become a growing reality in the world, presents itself as a major challenge for public policies. The use of the indicator known as Hospitalizations by Primary Care Sensitive Conditions (CSAP) assumes that services provision and resolute actions in primary health care (PHC) would reduce hospital admissions by some groups of specific causes. This indicator, as the international lists, allows us to evaluate, indirectly, access and quality of services and actions undertaken in the PHC and identify priority areas in the population health care. Brazil, in 2008, has published the Brazilian List of Hospitalization by CSAP, used in this study. It was aimed to analyze the Hospitalization by CSAP among the elderly population (60 to 79 years old), residents in the municipality of Passos, from 2008 to 2012, identifying the main causes of hospitalization and describing them according to gender distribution and range age. This is an epidemiological, descriptive study with a quantitative approach, which used secondary data from the Hospital Admission System of the Brazilian Unified Health System, with the approval of the local ethics committee. The findings indicate that 64,04% of elderly hospitalizations were due to circulatory diseases, and 12,28% to the respiratory system. The groups of most prevalent causes were Heart Failure, Angina, Cerebrovascular Diseases, Lung Diseases and Diabetes Mellitus. Regarding gender, males showed higher rates of Hospitalization by CSAP than females. By age groups, it was shown that there is a proportional tendency to increase between Hospitalization by CSAP rates and aging, i.e., the lowest rates were among people aged 60 to 64 years, and higher among individuals aged 75 to 79 years. Consider the changes arising from senility and senescence are key points to think about the elderly care. The data described in this study allow the identification of priority areas in elderly care that need to be focused by public policies, both in health as in other sectors, suggesting the need to promote intersectoral actions and general society reorganization to welcome and meet the growing demand presented by this significant portion of the population. Furthermore, it is believed that the results of this research indicate the need of other studies that could contribute to this construction.

Keywords: Primary Health Care. Aged. Aging. Hospitalization

RESUMEN

BENTO, P.F. **Internaciones de Ancianos por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria en un municipio minero.** 2015. 141 f. Tesis (Maestría) – Escuela de enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2015.

El acelerado proceso de envejecimiento poblacional, que se ha tornado una realidad creciente en todo el mundo, se presenta como un de los mayores desafíos para las políticas públicas. La utilización del indicador denominado, Internaciones por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria (CSAP) parte de la premisa de que la oferta de servicios y acciones resolutivos en la Atención Primaria a la Salud (APS) reduciría las internaciones hospitalarias por algunos grupos de causas específicas. Tal indicador, a ejemplo de las listas internacionales, permite evaluar indirectamente el acceso y la calidad de los servicios y de las acciones emprendidas en la APS e identificar áreas prioritarias en la atención a la salud de la población. Brasil en el 2008 publicó la lista Brasileira de CSAP, utilizada en éste estudio. El objetivo fué analizar las internaciones hospitalarias por CSAP entre la población anciana (60 a 79 años), residente en el municipio de Passos, en el periodo de 2008 a 2012, identificando las principales causas de internación y describirlas según la distribución de género y rango de edad. Se trata de un estudio epidemiológico, descriptivo de abordaje cuantitativa, que utilizó datos secundarios del Sistema de Internación Hospitalaria del Sistema Único de Salud (SIH-SUS), con la aprobación del comité de ética local. Los resultados encontrados señalan que el 64,04% de las internaciones en ancianos fueron debido a las enfermedades del aparato circulatorio y, 12,28% a las enfermedades del aparato respiratorio. Los grupos de causas más prevalentes fueron Insuficiencia Cardíaca, Angina, Enfermedades Cerebrovasculares, Enfermedades Pulmonares y Diabetes Mellitus. En cuanto al género, el masculino presentó las tasas de internación por CSAP más elevadas cuando comparadas con el género femenino. Referente al rango de edad, fué demostrado que existe una tendencia proporcional de aumento entre las tasas de internaciones por CSAP y el avance de la edad, o sea, las tasas menores fueron entre las personas con 60 a 64 años, y las mayores entre las personas de 75 a 79 años. Considerar las alteraciones propias de la edad senil y de la senectud son puntos primordiales cuando se piensa en el cuidado a la persona anciana. Los datos descritos en este estudio permiten la identificación de áreas prioritarias en la atención al anciano que necesitan ser abordadas por las políticas públicas, tanto en la salud como en otros sectores, lo que sugiere la necesidad de promoción de acciones intersectoriales y reorganización de la sociedad en general para acoger y atender la creciente demanda presentada por esta importante parcela de la población. Además de eso, se cree que los resultados de esta investigación señalan la necesidad de otros estudios que puedan contribuir con esta construcción.

Palabras clave: Atención Primaria a la salud. Anciano. Envejecimiento. Hospitalización.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário De Saúde

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AMBES – Ambulatório Escola

APS – Atenção Primária Em Saúde

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool E Drogas

CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial II

CEO – Centro de Especialidades Médicas

CEREST – Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador

CID-10 – Décima Classificação Internacional de Doenças

CISMIP – Consórcio Intermunicipal De Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CSAP – Condições Sensíveis à Atenção Primária

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

HIV/AIDS – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice De Desenvolvimento Humano Municipal

ILPI – Instituições de Longa Permanência para Idosos

MS – Ministério da Saúde

NAE – Núcleo de Atendimento Especializado de Estomaterapia

NAEPH – Núcleo de Ensino e Pesquisa em Hanseníase

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDR-MG – Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais

PNI – Programa Nacional de Imunização

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SAI-SUS – Sistema De Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde

SES-MG – Secretaria Estadual De Saúde De Minas Gerais

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH-SUS – Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIS – Sistemas de Informação em Saúde

SISNASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SRS – Superintendência Regional de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Regiões Ampliadas de Saúde em Minas Gerais	49
Figura 02 – Mapa da Região Ampliada de Saúde Sul: Divisão Assistencial por Regiões de Saúde.	50
Figura 03 – Mapa da Região de Saúde Passos/Piumhi.	51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Taxas de internações hospitalares, entre a população idosa, 60 a 79 anos, residente em Passos-MG, segundo tipo de internação, no período de 2008 a 2012.....	62
Gráfico 02 – Taxas de internações hospitalares, entre a população idosa, 60 a 79 anos, residente em Passos-MG, segundo grupos de diagnósticos, no período de 2008 a 2012.	65
Gráfico 03 – Taxas de internações hospitalares, entre a população idosa, 60 a 79 anos, residente em Passos-MG, segundo gênero, no período de 2008 a 2012.....	68
Gráfico 04 – Taxas de internações hospitalares, entre a população idosa do gênero feminino, 60 a 79 anos, residente em Passos-MG, segundo grupos de diagnósticos, no período de 2008 a 2012.....	72
Gráfico 05 – Taxas de internações hospitalares, entre a população idosa do gênero masculino, 60 a 79 anos, residente em Passos-MG, segundo grupos de diagnósticos, no período de 2008 a 2012.....	74
Gráfico 06 – Taxas de internações hospitalares, entre a população idosa, 60 a 79 anos, residente em Passos-MG, no período de 2008 a 2012, segundo faixa etária	76
Gráfico 07 – Taxas de internações hospitalares, entre a população idosa, 60 a 64 anos, residente em Passos-MG, no período de 2008 a 2012, segundo grupos de diagnósticos	80
Gráfico 08 – Taxas de internações hospitalares, entre a população idosa, 65 a 69 anos, residente em Passos-MG, no período de 2008 a 2012, segundo grupos de diagnósticos	83
Gráfico 09 – Taxas de internações hospitalares, entre a população idosa, 70 a 74 anos, residente em Passos-MG, no período de 2008 a 2012, segundo grupos de diagnósticos	86

Gráfico 10 – Taxas de internações hospitalares, entre a população idosa, 75 a 79 anos, residente em Passos-MG, no período de 2008 a 2012, segundo grupos de diagnósticos 89

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Alterações orgânicas relacionadas à idade e os achados, objetivos e subjetivos, mais comuns na população idosa.	29
Quadro 02 – Lista resumida das Condições Sensíveis à Atenção Primária.	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Distribuição de frequência e proporção de internações hospitalares entre a população idosa, 60 a 79 anos, residente em Passos-MG, segundo tipo de internação, no período de 2008 a 2012.....	61
Tabela 02 – Distribuição de frequência e proporção de internações entre a população idosa, 60 a 79 anos, residente em Passos-MG, segundo grupos de diagnósticos, no período de 2008 a 2012.....	64
Tabela 03 – Distribuição de frequência e proporção de internações entre a população idosa, 60 a 79 anos, residente em Passos-MG, segundo gênero, no período de 2008 a 2012.....	67
Tabela 04 – Distribuição das taxas de internações por csap entre a população idosa, de 60 a 79 anos, residentes em Passos-MG, no período de 2008 a 2012, segundo grupos de diagnósticos e gênero	69
Tabela 05 – Distribuição de frequência e proporção de internações por CSAP entre a população idosa do gênero feminino, 60 a 79 anos, residentes em Passos-MG, segundo grupo de diagnósticos, no período de 2008 a 2012.....	71
Tabela 06 – Distribuição de frequência e proporção de internações por CSAP, entre a população idosa do gênero masculino, 60 a 79 anos, residentes em Passos-MG, segundo grupos de diagnósticos, no período de 2008 a 2012	73
Tabela 07 – Distribuição de frequência e proporção de internações por CSAP entre a população idosa de 60 a 79 anos, residentes em Passos-MG, no período de 2008 a 2012, segundo faixa etária	76

Tabela 08 – Distribuição de frequência e proporção de internações por CSAP entre a população idosa de 60 a 64 anos, residentes em Passos-MG, segundo grupos de diagnósticos, no período de 2008 a 2012 78

Tabela 09 – Distribuição de frequência e proporção de internações por CSAP entre a população idosa de 65 a 69 anos, residentes em Passos-MG, segundo grupos de diagnósticos, no período de 2008 a 2012 82

Tabela 10 – Distribuição de frequência e proporção de internações por CSAP entre a população idosa de 70 a 74 anos, residentes em Passos-MG, segundo grupos de diagnósticos, no período de 2008 a 2012 85

Tabela 11 – Distribuição de frequência e proporção de internações por CSAP entre a população idosa de 75 a 79 anos, residentes em Passos-MG, segundo grupos de diagnósticos, no período de 2008 a 2012 88

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	22
1. - INTRODUÇÃO.....	24
1.1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO	24
2. - REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
2.1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E SAÚDE DO IDOSO	27
2.2. INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	34
2.2.1. CONSIDERAÇÕES QUANTO AO INDICADOR DE INTERNAÇÕES POR CSAP.....	42
3. - OBJETIVO GERAL.....	46
3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	46
4. - MATERIAIS E MÉTODOS.....	47
4.1. TIPO DE ESTUDO	47
4.2. LOCAL DO ESTUDO.....	48
4.3. POPULAÇÃO DO ESTUDO	54
4.4. COLETA DE DADOS	55
4.5. ANÁLISE DOS DADOS	57
4.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	58
5 - RESULTADOS.....	60
5.1. ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CSAP ENTRE A POPULAÇÃO IDOSA (60 A 79 ANOS), RESIDENTE NO MUNICÍPIO DE PASSOS, NO PERÍODO DE 2008 A 2012	60
5.1.1. IDENTIFICAÇÃO DAS PRINCIPAIS CAUSAS DAS INTERNAÇÕES POR CSAP DA POPULAÇÃO IDOSA (60 A 79 ANOS), RESIDENTE NO MUNICÍPIO DE PASSOS-MG, NO PERÍODO DE 2008 A 2012	60
5.1.2. DESCRIÇÃO DO PERFIL INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CSAP ENTRE A POPULAÇÃO IDOSA (60 A 79 ANOS), RESIDENTE NO MUNICÍPIO DE PASSOS-MG, NO PERÍODO DE 2008 A 2012, SEGUNDO DISTRIBUIÇÃO POR GÊNERO E POR FAIXA ETÁRIA.....	66
5.1.2.1. DISTRIBUIÇÃO POR GÊNERO	66

5.1.2.2. DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA	75
--	----

6 - DISCUSSÃO 90

6.1. ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CSAP ENTRE A POPULAÇÃO IDOSA (60 A 79 ANOS), RESIDENTE NO MUNICÍPIO DE PASSOS, NO PERÍODO DE 2008 A 2012.....	90
---	----

6.1.1. IDENTIFICAÇÃO DAS PRINCIPAIS CAUSAS DAS INTERNAÇÕES POR CSAP DA POPULAÇÃO IDOSA (60 A 79 ANOS), RESIDENTE NO MUNICÍPIO DE PASSOS-MG, NO PERÍODO DE 2008 A 2012	90
---	----

6.1.2. DESCRIÇÃO DO PERFIL INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CSAP ENTRE A POPULAÇÃO IDOSA (60 A 79 ANOS), RESIDENTE NO MUNICÍPIO DE PASSOS-MG, NO PERÍODO DE 2008 A 2012, SEGUNDO DISTRIBUIÇÃO POR GÊNERO E POR FAIXA ETÁRIA.....	105
--	-----

6.1.2.1. DISTRIBUIÇÃO POR GÊNERO	105
--	-----

6.1.2.2. DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA	115
--	-----

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 115

REFERÊNCIAS..... 117

ANEXO A..... 132

ANEXO B..... 135

ANEXO C..... 140

APRESENTAÇÃO

O indicador denominado Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) à Saúde surgiu na década de 1990, nos Estados Unidos, e tem sido utilizado por pesquisadores em todo o mundo como ferramenta para medir, indiretamente, o acesso e a efetividade do nível primário de atenção à saúde, partindo da concepção de que tais internações poderiam ser evitadas caso fossem ofertados serviços e ações em tempo oportuno e de maneira efetiva, ou seja, quanto maior a resolubilidade da Atenção Primária à Saúde (APS), menores deveriam ser as taxas de internação por essas causas. Em 2008, por meio da Portaria nº 221, no Brasil, o Ministério da Saúde definiu a Lista Brasileira de CSAP indicando sua utilização como instrumento de avaliação da APS.

Meu interesse pelo tema começou a partir do desenvolvimento de uma pesquisa¹ anterior que apresentava como tema central as internações por CSAP e o conhecimento dos enfermeiros que atuam na APS, no município de Passos/MG, sobre os diagnósticos definidos pela Lista Brasileira. No referido estudo, ficou demonstrado que apenas uma pequena parcela dos sujeitos foi capaz de identificar quais condições poderiam ter o risco de internação minimizado a partir da atuação da APS.

Além disso, algumas experiências na minha trajetória de vida pessoal e de prática profissional, especialmente no tocante à atenção e ao cuidado de pessoas da terceira idade, permitiram-me perceber que, de modo geral, as principais condições que afetam a saúde do idoso, e que, por vezes, necessitavam de internação hospitalar, tratava-se de diagnósticos selecionados na composição da Lista Brasileira de CSAP.

Assim, esta investigação foi norteada pelo desejo em aprofundar os conhecimentos sobre o perfil das internações dos idosos por essas causas, no município de Passos.

Dessa forma, a configuração final desta pesquisa está dividida em 7 grandes capítulos, sendo eles: Introdução, Referencial Teórico, Objetivos, Materiais e Método, Resultados, Discussão e Considerações Finais.

¹ Trabalho de conclusão de curso intitulado: Conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre lista de condições sensíveis à atenção primária em saúde em um município mineiro. Desenvolvido pela autora no ano de 2012.

Na **Introdução** há uma breve contextualização teórica sobre o indicador de internações por CSAP, sua utilização e sobre a criação da Lista Brasileira de CSAP. Em seguida são abordadas algumas questões acerca do envelhecimento e da hospitalização dos idosos.

No **Referencial Teórico** são trabalhadas, em sua parte inicial, questões sobre o processo de envelhecimento populacional, as alterações referentes ao envelhecimento natural e patológico, como também referentes à atenção à saúde na terceira idade. A seguir, é abordado o indicador de CSAP trazendo aspectos relacionados ao seu surgimento e utilização, à criação da Lista Brasileira de CSAP, e algumas considerações a respeito de possíveis fatores que podem interferir no impacto das ações da APS, dificultando ou mesmo impossibilitando que algumas internações, em especial na população idosa, sejam evitadas.

Nos **Objetivos** estão explicitados os objetivos geral e específicos, permitindo ao leitor que identifique com clareza o anseio principal desta pesquisa.

Já no capítulo de **Materiais e Métodos** é apresentado o tipo de estudo, a descrição do campo onde foi realizado, da população estudada, como também da coleta e análise dos dados e dos aspectos éticos obedecidos para desenvolvimento do estudo.

No capítulo intitulado **Resultados** são expostos os resultados obtidos na pesquisa, ordenados conforme os objetivos propostos, e, para tanto, foram utilizados tabelas e gráficos a fim de facilitar a visualização deles.

Na **Discussão**, igualmente disposta de acordo com a ordem de exposição dos resultados, a análise de dados buscou contextualizar os dados a partir da realidade nacional e local, associando-os a aspectos relacionados ao processo de envelhecimento populacional, aos atuais modelos de atenção à saúde, levantando hipóteses de possíveis fatores que interferem no uso do indicador para análise das internações das pessoas idosas, e, por fim, apontando a necessidade de novas perspectivas no cuidado em saúde para os idosos.

No último capítulo, **Considerações finais**, é apresentada a síntese dos resultados e hipóteses levantadas na análise, e alguns apontamentos que visam a favorecer a reflexão sobre a necessidade de um olhar mais atento ao idoso e que seja capaz de identificar suas especificidades e heterogeneidade a partir do perfil das internações por CSAP, a fim de subsidiar possíveis mudanças com vistas à melhoria da qualidade de vida na terceira idade.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Breve contextualização

Vários estudos vêm sendo desenvolvidos nos últimos anos com o intuito avaliar o desempenho da Atenção Primária em Saúde (APS) e o impacto das ações empreendidas nesse nível de atenção sobre a saúde da população. Um dos indicadores para tal avaliação são os índices de internação hospitalar por condições sensíveis à atenção primária (CSAP), que correspondem, segundo Nedel et al. (2010) e Caminal et al. (2004), a um conjunto de diagnósticos para os quais os serviços e ações da APS, se oferecidos em tempo oportuno e de forma efetiva, poderiam diminuir o número de internações hospitalares por essas causas.

O conceito de CSAP surgiu nos Estados Unidos nos anos de 1990 com Billings et al. (1993), mediante indicadores denominados de *ambulatory care sensitive condition*. Posteriormente foi utilizado em vários outros países, como, por exemplo, a Espanha, passando a ser considerado um indicador indireto da efetividade da APS (REHEM, EGRY, 2011; LÓPEZ et al., 2007).

Para Nedel et al. (2008), tal indicador permite identificar, de modo objetivo e comparável, parcelas da população carentes de atenção primária à saúde adequada, como, por exemplo, pela falta acesso ao serviço de saúde, pela ausência de ações de cunho preventivo, curativo e de reabilitação. Os autores ressaltam que as CSAP não avaliam determinantes pessoais nem a qualidade do ato médico, mas sim o resultado de políticas e ações executadas frente a tais problemas de saúde considerados como sensíveis ao nível primário de atenção.

Assim o número elevado de internações por CSAP pode estar relacionado a problemas nas redes de atenção à saúde (RAS) que envolva: a gestão; a quantidade insuficiente de serviços; a falta de medicamentos para doenças crônicas; a dificuldade na oferta de recursos diagnósticos; deficiências no manejo, acompanhamento ambulatorial e no sistema de referência; a não aderência dos usuários aos cuidados recomendados (DIAS-DA-COSTA et al., 2008).

As internações hospitalares por CSAP no Brasil, entre os anos de 1999 e 2007, correspondem a 30% do total de internações. Nesse mesmo período observa-se que, das

89 milhões de internações hospitalares em Minas Gerais, 29,23% (26 milhões) eram devido às CSAP (NESCON, 2012).

Para Medina et al (2010), abordar problemas de saúde que são responsáveis por um grande contingente de internações permite avaliar os efeitos da APS sobre determinadas situações, direcionando as intervenções necessárias que possam melhorar o cuidado nesse nível de atenção.

O Ministério da Saúde (MS), em 2008, por meio da Portaria nº 221, publicou a lista brasileira de CSAP, disposta no anexo A, na qual foram agrupados vários diagnósticos por causas de internação que, mediante intervenções oportunas e adequadas da APS, podem ser evitáveis. Dessa forma, isso se torna um instrumento importantíssimo no processo de avaliação do Sistema Único de Saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal (BRASIL, 2008; REHEM & EGRY, 2011).

Estudos desenvolvidos por Caldeira et al. (2011), Oliveira, Simões e Andrade (2008) e Perpétuo e Wong (2006) apontam que as internações por CSAP guardam estreita relação com a idade, sendo observadas as maiores taxas nos extremos da idade (crianças e idosos). Nos adultos, quanto maior a idade, maior a taxa de internação por essas causas, enquanto que nas crianças observa-se um comportamento contrário, quanto menor a idade, maior a taxa de internação.

Os resultados encontrados em uma pesquisa realizada por Oliveira, Simões e Andrade (2008) corroboram essa realidade, em que se comprovou também pela análise das Autorizações de Internações Hospitalares pagas em Minas Gerais referentes ao ano de 2004, a existência de uma maior vulnerabilidade à hospitalização por CSAP entre crianças menores de 5 anos e idosos com 65 anos ou mais, considerando-os como grupos prioritários para a atenção em saúde.

Assim, tomando como foco a população idosa, considerando que no processo de envelhecimento ocorre a diminuição natural das atividades funcionais e, consequentemente, uma maior predisposição para o desenvolvimento de algumas enfermidades, urge a necessidade de conhecer o perfil epidemiológico e de morbidade dessa população com vistas à implantação e implementação de políticas públicas que atendam a suas necessidades (CAMACHO; COELHO, 2010).

A hospitalização do idoso é um assunto preocupante, uma vez que o seu elevado índice não prediz necessariamente a melhoria da condição pela qual ele foi internado; pelo contrário, dentre as consequências da internação, observa-se a diminuição de sua capacidade funcional, a diminuição da qualidade de vida e o surgimento de

complicações não relacionadas ao problema que levou à admissão hospitalar do idoso. Pode-se ainda fazer uma acertada correlação entre o processo de internação e o aumento da taxa de morbidade e mortalidade, a piora do prognóstico e a predisposição ao processo de fragilização do idoso (DUTRA et al., 2011; SIQUEIRA et al., 2003).

Todo esse contexto, juntamente com o crescente e acelerado processo de envelhecimento populacional, implica um potencial significativo de mudança do padrão de demanda hospitalar, bem como das necessidades de aprimorar os serviços de saúde que atuam no nível primário de atenção para que, de fato, seja prestada assistência de qualidade à saúde do idoso.

Dessa forma, sendo a APS um dos pilares da política de saúde no Brasil e mediante às grandes transformações do perfil epidemiológico e demográfico do país, onde se aumenta de forma muito rápida o número de indivíduos acima de 60 anos, justifica-se o interesse pelo tema deste estudo, a saber: internações por CSAP ocorridas entre os idosos. Sua importância é ressaltada também pela possibilidade de que seus resultados posteriormente possam servir para subsidiar a adoção de medidas e ações necessárias que visem à melhoria da qualidade da assistência prestada, favorecendo o aumento da qualidade de vida dos usuários do SUS no município, em especial à população idosa, bem como da redução de gastos por meio da diminuição das internações hospitalares referentes às CSAP.

Considerando todo esse contexto, na busca por aprofundar um pouco mais os conhecimentos acerca do perfil de internações dos idosos por CSAP, surgem algumas indagações: Como se caracterizam as internações por essas causas na população idosa do município de Passos? A APS é, de fato, capaz de reduzir as internações por CSAP na população idosa?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Envelhecimento populacional e saúde do idoso

O envelhecimento populacional tem se tornado uma realidade cada vez mais frequente em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde – OMS – (2004) classifica cronologicamente como idosas as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento.

Nos últimos cem anos, a população de idosos norte-americanos, com 65 anos ou mais, passou de 4,1% em 1900 para 12,4% em 2006. Estima-se que, em 2030, 20% da população será idosa (SMELTZER et al., 2011).

No Brasil, atualmente o número de idosos é de aproximadamente 20,6 milhões, 11% da população nacional, e estima-se que em 2025 esse número chegue a 32 milhões, o que representará 15% de nossa população total, fazendo com que o Brasil passe de 16º para 6º país com maior população de idosos no mundo em números absolutos. Na última década, a taxa de crescimento da população com 60 anos ou mais foi de 36%, apresentando um aumento 2,5 vezes maior do que a taxa referente ao crescimento dos jovens, que foi de 14% (IBGE, 2010; CAMARANO, 2006).

Esse mesmo processo é observado em Minas Gerais, que, no ano de 2000, contava com cerca de 1,625 milhão de idosos, sendo estimado o aumento para, aproximadamente, 2,338 milhões em 2012, correspondendo a 9,1% e 12% da população residente no Estado, respectivamente (IBGE, 2010). Para o ano de 2050, segundo Rodrigues (2010), é esperado que as pessoas com 60 anos ou mais correspondam a 28,7% do total da população em Minas Gerais.

No município de Passos, dos 106.290 habitantes, atualmente 12,48% (13.268) da população são pessoas com 60 anos ou mais. Considerando que em 2000 o número de habitantes era de 97.211 e que a população total de idosos no município correspondia a 6,38% (6.205), pode-se observar que o processo de envelhecimento populacional vem ocorrendo no município de forma muito acelerada (IBGE, 2010).

De acordo com Veras e Lima-Costa (2013), uma das grandes conquistas mundiais do século passado é a longevidade, que, associada à queda da fecundidade, é responsável pelo drástico envelhecimento da população. Chaimowicz (1997) afirma que o declínio na taxa de

mortalidade ocorreu pela ação médico-sanitário, pela implantação de políticas de saúde pública, bem como pela ampliação e pelo desenvolvimento tecnológico da atenção médica na rede pública; enquanto que a queda da fecundidade – redução do número de filhos – ocorreu como resposta das famílias ao processo de urbanização da sociedade brasileira e à crise econômica, fatores que, juntos, agravam a situação de vida no Brasil. O uso de métodos contraceptivos e a esterilização tanto de homens quanto de mulheres na fase reprodutiva também podem ter contribuído para esse cenário.

Mendes (2012) destaca que a transição demográfica vivida nos tempos atuais acarreta alterações também no perfil epidemiológico, que passa a ser marcado por uma carga tripla de doenças (doenças agudas, crônicas e emergentes).

Nesse sentido, Veras e Lima-Costa (2013) afirmam que, em menos de 40 anos, o país vive uma transformação no cenário de mortalidade, passando de um quadro típico de uma população jovem a uma realidade própria da terceira idade, com enfermidades complexas e onerosas, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos. Tais transformações acarretam grandes impactos e impõem muitos desafios em diversas áreas, como saúde, economia, previdência social, dentre outras.

Envelhecer é um processo que o ser humano experimenta continuamente ao longo de sua existência e é influenciado por vários fatores, como, por exemplo, discriminação e exclusão associadas ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições socioeconômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia, o que faz com que o “tornar-se idoso” não seja igual para todos. (PASCHOAL, 2002; SANTOS, 2006 apud SOUZA; BRANCA, 2011; CALIXTO; BARBOSA, 2004).

O envelhecimento, segundo Smeltzer et al. (2011), pode ser definido a partir de três prismas: cronológico, pela passagem do tempo; subjetivo, pela maneira como a pessoa se sente; e funcionalmente, pelas alterações na capacidade física ou mental.

Embora o aumento da expectativa de vida seja uma aspiração de qualquer sociedade, o envelhecimento só será, de fato, uma conquista social a partir do momento em que for proveniente de uma melhoria real na qualidade de vida (MINAS GERAIS, 2006).

Considerando o conceito ampliado de saúde, que a define como “resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico” (BRASIL, 2006a), especialmente para o grupo de pessoas com 60 anos ou mais, esse conceito deve ainda ser mensurado por meio do nível de independência e autonomia do indivíduo, fazendo-se necessário repensar o modo como as ações são ofertadas e o papel de cada profissional dentro desse contexto (MINAS GERAIS, 2006).

Dessa maneira, as especificidades do processo de envelhecer tornam também imprescindível que os profissionais de saúde que lidam com idosos conheçam e saibam distinguir as alterações fisiológicas do envelhecimento, denominadas senescência, daquelas advindas do processo de envelhecimento patológico, chamado de senilidade (MINAS GERAIS, 2006).

Em condições normais, as primeiras alterações levam a uma progressiva diminuição da reserva funcional do idoso (Quadro 01), porém sem qualquer comprometimento mais grave. Já o processo de senilidade, devido à exposição do indivíduo a uma maior sobrecarga, decorrente de alguma doença, agravo, acidente ou mesmo estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira cuidados assistenciais (MINAS GERAIS, 2006; BRASIL, 2007).

Para SMELTZER et al. (2011), as alterações relacionadas à senescência, denominada por eles de envelhecimento intrínseco, são geneticamente programadas e comuns em uma espécie. Já as decorrentes da senilidade, chamadas pelos autores de envelhecimento extrínseco, são variáveis mesmo em indivíduos da mesma espécie, pois resultam de influências externas. Assim os autores asseguram que um critério que pode auxiliar na distinção das alterações provenientes do envelhecimento normal das alterações patológicas é a universalidade.

Quadro 01 – Alterações orgânicas relacionadas à idade e os achados, objetivos e subjetivos, mais comuns na população idosa.

SISTEMAS	ALTERAÇÕES NATURAIS DO ENVELHECIMENTO	ACHADOS OBJETIVOS E SUBJETIVOS
Tegumentar	Diminuição de tecido adiposo, do líquido intersticial, do tônus muscular, da atividade glandular e dos receptores sensoriais; diminuição da secreção dos óleos naturais e da sudorese; fragilidade capilar.	Pele seca, enrugada e fina; diminuição da proteção contra o trauma, exposição solar e temperaturas elevadas levando a queixas de lesões, equimose e queimadura solar; intolerância ao calor; estrutura óssea proeminente.
Cardiovascular	Débito cardíaco e capacidade de responder ao estresse diminuídos; pressão arterial aumentada; frequência cardíaca e volume sistólico não aumentam com demanda máxima; taxa de recuperação cardíaca mais lenta.	Queixa de fadiga com o aumento das atividades; maior tempo de recuperação da frequência cardíaca.
Respiratório	Aumento no volume pulmonar residual; diminuição da força muscular, resistência e capacidade vital; troca gasosa, capacidade de difusão e eficiência da tosse diminuídas.	Fadiga e falta de ar com atividade sustentada; dificuldade de expectorar secreções; expirações menos efetivas devido à excursão respiratória e expansão tórax/pulmão diminuídas.
Gastrointestinal	Diminuição da sensação de sede, olfato,	Risco de desidratação, distúrbios

	paladar e salivação; dificuldade de deglutição; esvaziamento esofágico e gástrico retardado; motilidade gastrointestinal reduzida.	eletrolíticos e de ingestão nutricional deficiente; xerostomia; queixas de plenitude, pirose e indigestão; constipação intestinal, flatulências e desconforto abdominal.
Geniturinário	<ul style="list-style-type: none"> - Nos homens: hiperplasia prostática benigna; - Nas mulheres: relaxamento dos músculos perineais; instabilidade do detrusor; disfunção uretral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nos homens: retenção urinária; sintomas miccionais irritativos (frequência, sensação de esvaziamento vesical incompletos); múltiplas micções noturnas - Nas mulheres: Síndrome da urgência/frequência; gotas de urina eliminadas com a tosse, riso e mudança de posição.
Reprodutor	<ul style="list-style-type: none"> - Nos homens: testículos menos firmes e redução da produção de espermatozoide - Nas mulheres: estreitamento vaginal, diminuição da elasticidade e das secreções vaginais. - Em ambos: resposta sexual mais lenta 	<ul style="list-style-type: none"> - Nos homens: Ereção retardada - Nas mulheres: Dispareunia; sangramento vaginal após o intercuro; prurido e irritação vaginais; - Em ambos: Orgasmo retardado.
Musculoesquelético	Perda de densidade óssea, de força e tamanho da musculatura; degeneração da cartilagem articular.	Perda de peso; Propensão a fraturas; Cifose; Dor nas costas e nas articulações; Perda da força, flexibilidade e resistência.
Nervoso	Redução da velocidade de condução nervosa; aumento da confusão mental com a doença física e perda dos indícios ambientais; circulação cerebral reduzida.	Respostas e reações mais lentas; Aprendizado mais demorado; Vertigens, perda do equilíbrio e aumento do risco de quedas; Fica confuso com a internação.
Sentidos Especiais	<ul style="list-style-type: none"> - Visão: diminuição da acuidade visual; dificuldade de ajustar-se às alterações de intensidade de luz. - Audição: presbiacusia; afilamento e perda da elasticidade da membrana timpânica. - Paladar e olfato: capacidade diminuída do paladar e olfato. 	<ul style="list-style-type: none"> - Segura objetos em ponto afastado da face; queixa-se de ofuscamento; visão noturna ruim e confunde as cores. - Fornece resposta inadequadas; pede às pessoas que repitam palavras e esforçam-se para ouvir. - Uso de açúcar e sal em excesso.

Fonte: Adaptado de Smeltzer et al. (2011, pp. 199-200).

Miller² (2009, apud SMELTZER et al., 2011), por meio da teoria das consequências funcionais, atualmente uma das mais utilizadas no planejamento das ações em saúde do idoso, afirma que, no cuidado das pessoas idosas, é necessário considerar tanto os efeitos das alterações normais relacionadas com a idade, quanto aqueles causados por alguma doença ou por fatores de risco ambientais e comportamentais.

² Miller, C. A. (2009). *Nursing wellness in older adults* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Smeltzer et al. (2011), ao tratarem das alterações relacionadas com a idade no que diz respeito aos aspectos físicos do envelhecimento, afirmam que é essencial a realização de uma avaliação cuidadosa da pessoa idosa, pois nesta população frequentemente os sintomas relatados são diferentes daqueles observados em pacientes mais jovens.

Por exemplo, no idoso as queixas relacionadas com a digestão, respiração e dor nos membros superiores podem ser advindas de doenças cardíacas, enquanto que as doenças respiratórias não seguem necessariamente o padrão comum de tosse, calafrios e febre, mas podem se manifestar por meio de cefaleia, fraqueza, letargia, anorexia, desidratação e, ainda, alterações do estado mental (MILLER, 2009 apud SMELTZER et al., 2011).

A linha-guia de saúde do idoso, adotada no Estado mineiro, (MINAS GERIAS, 2007), traz que não se deve atribuir ao envelhecimento sinais e sintomas de doenças muitas vezes passíveis de tratamento e cura, como também não se deve solicitar exames e orientar tratamento para idosos que apresentem sinais apenas compatíveis com o envelhecimento fisiológico.

Minas Gerais (2006), no que se refere aos comprometimentos funcionais vividos pelos idosos, destacam a Incapacidade cognitiva, a Instabilidade postural, a Imobilidade, a Incontinência e a Iatrogenia, denominadas de grandes síndromes geriátricas.

Peixoto (2004), considerando o acelerado processo de envelhecimento populacional e a mudança do perfil epidemiológico, afirma que as consequências esperadas são uma maior utilização dos serviços de saúde, em especial pela população idosa, ocasionando, por sua vez, a elevação dos gastos com os cuidados médicos e internações. Veras e Lima-Costa (2013) afirmam que esse aumento no uso de serviços de saúde entre os idosos, justifica-se pelo aumento da morbidade e da comorbidade com o passar dos anos.

Em diversos estudos relacionados aos problemas de saúde que mais afetam os indivíduos na terceira idade, comumente são apontadas as doenças do aparelho circulatório, do aparelho respiratório, do aparelho digestivo e as neoplasias. De modo geral, há predomínio na literatura do aumento da prevalência das doenças crônicas, diretamente relacionado ao crescimento da população idosa (CARVALHO et al., 2014; GÓIS; VERAS, 2010; KANSO et al.; 2013).

Veras e Lima-Costa (2013) alegam que os declínios funcionais, presentes nessa fase da vida, tornam os indivíduos mais propensos à perda da independência, à fragilidade crescente e à suscetibilidade aos problemas de saúde agudos e crônicos que, por sua vez, apresentam etiologias diversas. Considerando a relevância das condições crônicas nesse grupo

etário, Veras (2012) aponta como imperativo o acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares, além de intervenções contínuas.

Moraes (2012), nesse sentido, afirma que

no idoso, as principais condições crônicas de saúde são representadas pelas doenças ou comorbidades, incapacidades, sintomas frequentes, automedicação, iatrogenia e a própria vulnerabilidade associada ao envelhecimento. As condições agudas de saúde resultam, na sua maioria, da descompensação das condições crônicas, cujo manejo clínico ou gestão da clínica não foi satisfatório.

O despreparo no atendimento e no cuidado com o idoso pode resultar em intervenções capazes de comprometer ainda mais o seu estado de saúde, conhecidas como iatrogenias, que, para Moraes (2012, p. 14), traduzem “os malefícios causados pelos profissionais da área de saúde e pelo sistema de saúde despreparado para dar uma resposta adequada aos problemas de saúde do idoso”.

Considerando que pela alta prevalência de patologias crônicas entre os idosos o uso de medicamento nessa faixa etária é geralmente maior do que nas demais, outro ponto a ser destacado dentro desse contexto é o fato de que, além das alterações até aqui descritas, o idoso apresenta ainda respostas alteradas às medicações. Com o processo natural de envelhecimento, são esperadas alterações na absorção, no metabolismo, na distribuição e na excreção que, por sua vez, podem também surgir em decorrência de alguma doença ou de interações medicamentosas (SMELTZER et al., 2011).

Apesar dos benefícios advindos do uso de medicamentos como, por exemplo, o tratamento de condições crônicas e na cura de processos infecciosos, os efeitos adversos são consequências comuns, quer sejam pelas interações medicamentosas, quer pelo uso concomitante de múltiplos medicamentos (SMELTZER et al., 2011).

A polifarmácia, termo comum na área de saúde do idoso, é usada para descrever a situação em que vários medicamentos são prescritos simultaneamente, o que pode ser explicado pelo número de doenças crônicas que acometem essa população e também pela realização de consultas e tratamentos com diversos especialistas. Os medicamentos mais comuns prescritos para os idosos são aqueles que atuam no sistema cardiovascular, no trato gastrointestinal e os ansiolíticos (BRASIL, 2007).

Por muitas vezes observa-se que, quando uma pessoa idosa é atendida por vários especialistas, cada um prescreve os medicamentos de forma específica, sem considerar possíveis e frequentes duplicações e as interações medicamentosas. Sendo assim, um dos desafios do nível primário de atenção na assistência ao idoso é, justamente, analisar as

intervenções e prescrições realizadas pelos especialistas, coordenando o cuidado a fim de evitar duplicação desnecessária de medicações, procedimentos e exames (BRASIL, 2007).

No que se refere ao perfil de utilização dos serviços de saúde, os idosos dependem, sobretudo, do sistema público, no qual as maiores procuras concentram-se nas unidades básicas de saúde e em unidades de atendimento de urgência/emergência. Além disso, alguns autores ainda apontam que as pessoas acima de 60 anos tendem a utilizar mais os serviços de internação hospitalar quando comparados às faixas etárias mais novas, em função da complexidade de atenção que demandam. (CASTRO et al., 2002; TAVARES GUIDETTI; SAÚDE, 2008).

Para tanto, ao se pensar em políticas públicas de saúde voltadas à população idosa, para que sejam efetivas devem ser considerados importantes conceitos, como, por exemplo, autonomia, participação, cuidado, autocuidado, autossatisfação, além da possibilidade de atuação em cenários sociais diversos e de auxiliar os indivíduos a descobrir novos valores e significados para a terceira idade (BRASIL, 2007; VERAS; LIMA-COSTA, 2013).

Segundo Brasil (2007, p. 7), nesse sentido

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada, torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa.

Considerando, portanto, que saúde não é apenas uma questão de assistência médica e farmacêutica, a proposta do envelhecimento mais saudável e ativo, como ação estratégia para impactar na melhoria da qualidade de vida da população idosa, é apontada pelo Ministério da Saúde com três possíveis abordagens: alimentação saudável para pessoas idosas, prática corporal/ atividade física, e trabalho em grupo com pessoas idosas (BRASIL, 2007).

Uma das iniciativas voltadas para essa perspectiva é o Programa Academia da Saúde, lançado em 2011, pelo MS, como estratégia de promoção da saúde e produção de cuidado. Apesar do nome, o programa não se restringe à realização de práticas corporais/atividades físicas e promoção da alimentação saudável. As atividades desenvolvidas são norteadas pelos seguintes valores: desenvolvimento da autonomia, equidade, empoderamento, participação social, entre outros. Tais atividades são realizadas a partir de oito eixos principais, que englobam: práticas corporais e atividades físicas; promoção da alimentação saudável; mobilização da comunidade; educação em saúde; práticas artísticas e culturais; produção do

cuidado e de modos de vida saudável; práticas integrativas e complementares; e planejamento e gestão (BRASIL, 2013).

Considerando que, além das alterações enfrentadas pelo idoso frente ao processo biológico de envelhecimento, a questão do desengajamento social é uma realidade comum nessa população (BRASIL, 2007), ao se pensar em promoção da saúde e em envelhecer de forma saudável o referido programa desponta como uma possibilidade de cuidado muito relevante para essa faixa etária, podendo ser espaço de interação social, de aprendizado e troca de experiências, bem como de fomento às práticas de hábitos saudáveis.

Todo esse contexto faz com que a área do envelhecimento torne-se prioridade de pesquisa e desenvolvimento de modelos, como ressaltam Veras e Lima-Costa (2013). Os autores acreditam que cuidar adequadamente das múltiplas demandas do idoso trata-se de uma questão social, de interesse de todos, devendo esse problema ser um dos pontos relevantes das agendas contemporâneas deste novo século, configurando-se como um dos maiores desafios da Saúde Pública.

Sendo assim, a avaliação dos serviços e ações empreendidos dentro dos sistemas de saúde é de grande relevância e extremamente necessária para que possam ser identificados os pontos de fragilidade e passíveis de implementações e mudanças com vistas à melhoria da qualidade de vida das pessoas, promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

2.2. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde

O sistema público de saúde no Brasil, organizado de acordo com os princípios e diretrizes contidos na Constituição Federal de 1988, regulamentado pelas Leis nº 8080 e Lei nº 8142 de 1990 e demais instrumentos legais vigentes, vem ao longo dos anos sendo implementado de forma que a saúde seja, de fato, um direito de todos os cidadãos brasileiros garantido pelo Estado (BENTO, 2012).

Nesse início de século, o país apresenta uma situação de saúde que resulta tanto da transição demográfica acelerada quanto da transição epidemiológica singular expressa na tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas (MENDES, 2012). Couttolenc (2010) lembra que, devido à natureza hospitalocêntrica do sistema de saúde brasileiro e à ênfase que sempre foi dada ao

atendimento hospitalar para o tratamento de casos agudos, o país parece despreparado para enfrentar a crescente incidência de doenças crônicas, pois elas requerem uma atenção coordenada entre os vários pontos de atenção do sistema.

Visando a influir nesse cenário, atualmente os serviços de saúde têm se organizado por meio das RAS, tendo como seu coordenador a APS, prioritariamente, mediante a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Mendes (2009) ressalta que o principal objetivo da construção das RAS é superar a fragmentação dos serviços e ações, visando, assim, a ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população. Por meio da adoção dessa estratégia, espera-se que problemas como a baixa resolutividade e desempenho, perda de recursos, insatisfação dos usuários devido à qualidade incipiente dos serviços e ações prestadas no Sistema Único de Saúde (SUS) sejam resolvidos.

As RAS são definidas por Mendes (2009, p. 82) como sendo:

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população.

Contudo, apesar dos esforços empreendidos para consolidação das RAS e da efetivação dos princípios que norteiam o SUS, ao se voltar o olhar para a realidade do setor da saúde no país, em especial para a APS – sua organização e seu funcionamento –, é possível perceber que inúmeras lacunas estão postas nesse contexto, e que distanciam as definições encontradas na literatura da experiência vivenciada pelos profissionais de saúde e usuários. Problemas relacionados à infraestrutura, aos recursos humanos e financeiros, a até mesmo aos serviços de suporte técnico, como, por exemplo, o de informática e o de almoxarifado, são queixas frequentes encontradas nos serviços de saúde e que interferem no desempenho das equipes dentro das unidades de saúde.

Dentro do sistema de saúde, contribuem ainda como aspectos dificultadores da conformação e consolidação das RAS: a insuficiência e/ou indisponibilidade de suprimentos; as deficiências no apoio diagnóstico, que podem comprometer a boa prática clínica; a falta de equipamentos e medicamentos essenciais; e os obstáculos postos no processo de referência e contrarreferência do usuário na rede. Todos esses elementos contribuem para o aumento de patologias que, por falta de diagnóstico e controle oportunos, são agravadas e têm, no nível hospitalar, sua única alternativa de atenção (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008).

Em um estudo realizado por Reis et al. (2013), foram identificadas inúmeras divergências nas perspectivas dos gestores, dos profissionais e dos usuários no concernente à forma de agendamento dos atendimentos nas unidades de saúde, ao tempo de espera para atendimento, aos horários de funcionamento dos serviços de saúde de atenção primária, à disponibilidade de equipamentos, medicamentos, dentre outros pontos. De modo geral, os gestores e profissionais de saúde manifestaram uma visão mais positiva do serviço do que os usuários. Os autores apontam que, para superar essas divergências, é necessária a criação ou ampliação de espaços abertos ao diálogo onde o usuário possa exercer seu direito de participação social, sendo devidamente acolhido a fim de que essa interação possa resultar em melhorias nos serviços de saúde, tornando-os mais preparados para atender às demandas da população.

Para Mendes (2012), a APS terá, de fato, qualidade quando efetivados alguns atributos essenciais, a saber: Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação, Focalização na família, Orientação comunitária, Competência cultural. O primeiro refere-se à acessibilidade no uso dos serviços de saúde; o segundo, ao aporte regular de cuidados prestados pela equipe de saúde; o terceiro, a um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adstrita no que se refere à promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e palição; o quarto, à capacidade de garantir a continuidade da atenção; o quinto, ao reconhecimento da família enquanto sujeito da atenção; o sexto, considerar a família dentro do contexto no qual ela esta inserida na comunidade; e, por fim, o sétimo, à relação horizontal entre a equipe de saúde e a população.

Muitas pesquisas têm sido desenvolvidas, atualmente, mostrando a importância da utilização de métodos de avaliação dos serviços de saúde com o objetivo de monitorar a sua qualidade, de forma que possam ser identificados os pontos positivos e negativos de ações e programas específicos (BENTO, 2012; MARQUES, 2012; GÓIS; VERAS, 2010).

Nos últimos anos, observa-se um aumento progressivo de estudos com o intuito de avaliar a efetividade da APS e da ESF, bem como o impacto das ações desenvolvidas nesse nível de atenção sobre a saúde da população. Um dos indicadores para tal avaliação são os índices de internação por CSAP, que correspondem, segundo Nedel et al. (2008) e Caminal et al. (2004), a um conjunto de diagnósticos para os quais os serviços e ações da APS, se oferecidos em tempo oportuno e de forma efetiva, diminuiriam os índices de internação.

O conceito de internações por CSAP foi proposto por Billings et al. (1993) nos anos de 1990, nos Estados Unidos, mediante indicadores denominados de ambulatory care sensitive condition. Desde então vem sendo utilizado em diversos países, como, por exemplo, a

Espanha, passando a ser considerado um indicador indireto de efetividade e de acesso referentes ao primeiro nível de atenção à saúde.

Nos Estados Unidos esse indicador vem sendo utilizado com o intuito de comparar o perfil dos usuários que possuem e os que não possuem seguros de saúde, o custeio das internações hospitalares, análises de gênero, etnia e, ainda, dos efeitos dos serviços de APS. Assim a maioria dos estudos, no país, aborda as internações por CSAP enquanto indicador de acesso e impacto da APS (PROBST; LADITKA; LADITKA, 2009; BINDMAN et al., 2005; MARQUES, 2012).

Na Europa, em especial na Espanha, onde o indicador foi amplamente utilizado por pesquisadores da área de saúde, há uma grande preocupação dos estudiosos com a correta composição da lista de CSAP, sua validação e aplicabilidade. Tendo em vista a existência nesse país de um sistema de saúde universal, regionalizado e hierarquizado, o enfoque dos estudos é voltado para a efetividade da APS por meio da análise das internações por CSAP. Alguns autores reconhecem o indicador como instrumento de gestão que permite conhecer a capacidade resolutiva da APS (MARQUES, 2012; CAMINAL et al., 2004; RIZZA et al., 2007; EGGLI et al., 2014).

Mendes (2012, p. 31) define o termo “condições de saúde” como circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas, e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais que atuam nesse setor e das pessoas usuárias do sistema.

Ao se tratar de internações por CSAP, para alguns autores tal indicador pressupõe a necessidade de internação hospitalar como resultado da falta de atenção oportuna e efetiva ao problema, partindo-se do princípio de que acesso facilitado e cuidados efetivos, em tempo adequado, podem reduzir hospitalizações pela possibilidade de prevenir o início dessas doenças ou de controlar um episódio de exacerbação aguda ou, ainda, de manejar corretamente essas condições crônicas (DIAS-DA-COSTA et al., 2010).

Autores como Caldeira et al., (2011), Rehem e Egry (2011), Perpétuo e Wong (2006), Caminal et al., (2004) afirmam, ainda, que tais indicadores e a proporção de internações hospitalares são capazes de delinear a qualidade dos serviços e das ações primárias em saúde, a sua acessibilidade e, assim, monitorar o desempenho da estratégia de saúde da família (ESF) nos Estados e municípios, servindo também como balizador para a avaliação e implantação de políticas públicas de saúde.

Cabe aqui ressaltar que indicadores são valores quantitativos usados para medir o estado ou o nível de saúde de uma coletividade. Dessa forma pode-se afirmar que eles expressam numericamente o estado de saúde de uma população, em um determinado momento (RIBEIRO, 2012).

Mediante a Portaria nº 221, em 2008, o MS publicou a lista brasileira de CSAP, na qual foram agrupados vários diagnósticos listados por causas de internação que, por meio de intervenções oportunas e adequadas da APS, podem ser causas de internações evitáveis. Dessa maneira, isso se torna um instrumento importantíssimo no processo de avaliação do SUS nos âmbitos Nacional, Estaduais e Municipais (BRASIL, 2008).

Para a construção dessa lista, foi realizada uma revisão da literatura seguida por uma oficina em que as condições foram selecionadas a partir de seis critérios pré-estabelecidos, a saber: existir evidência científica de que a causa de internação é sensível à APS; ser uma condição de fácil diagnóstico; não ser evento raro; ser uma condição para a qual a APS tenha capacidade de resolver o problema e/ou prevenir suas complicações; haver necessidade de hospitalização quando a condição estiver presente; o diagnóstico não é induzido por incentivos financeiros (ALFRADIQUE et al., 2009).

A lista brasileira de CSAP é composta, ao todo, por dezenove grupos de causas, com 74 diagnósticos, dispostos no Quadro 02, classificados de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). No ano de 2006, tais diagnósticos foram responsáveis por 28,3% das internações hospitalares no SUS em um total de cerca de 2,8 milhões de internações, e difere-se das estrangeiras principalmente pela presença de um número maior de doenças infectocontagiosas e pela ausência de afecções odontológicas (REHEM & EGRY, 2011; ALFRADIQUE et al., 2009).

Quadro 02 – Lista resumida das Condições Sensíveis à Atenção Primária

Grupo	Diagnóstico	CID-10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A33-A37, A95, B05-B06, B16, B26, G00.0, A17.0, A19, A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77
2	Gastroenterites infecciosas e complicações	E86, A00-A09
3	Anemia	D50
4	Deficiências nutricionais	E40-E46, E50-E64
5	Infecção de ouvido, nariz e garganta	H66, J00- J03, J06, J31
6	Pneumonias bacterianas	J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1
7	Asma	J45-J46
8	Doenças das vias aéreas inferiores	J20, J21, J40-J44, J47
9	Hipertensão	I10-I11
10	Angina pectoris	I20

11	Insuficiência cardíaca	I50, J81
12	Doenças cerebrovasculares	I63-I67, I69, G45-G46
13	Diabetes mellitus	E10-E14
14	Epilepsia	G40-G41
15	Infecção no rim e trato urinário	N10-N12, N30, N34, N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01-L04, L08
17	Doença inflamatória de órgãos pélvicos fem.	N70-N73, N75-N76
18	Úlcera gastrointestinal	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23, A50, P35.0

Fonte: BRASIL (Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008).

Alfradique (2009) destaca ainda que o uso de indicadores como este faz parte de uma estratégia para aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde em todas as instâncias de governo. As altas taxas de internação por essas causas em uma população, ou subgrupos dela, podem ser resultantes de sérios problemas nesse nível de atenção.

Falik et al. (2001), ao estudarem sobre os fatores que impactam as taxas de internações por CSAP, apontam, dentre outros, o acelerado envelhecimento populacional e o aumento da fragilidade em idosos.

Estudos desenvolvidos em diversos países demonstraram que as taxas de internação por CSAP são maiores entre a população idosa. Marques (2012), citando Tobias e Jackson (1989), atribui esses achados à maior incidência de doenças crônicas nessa faixa etária, demandando tecnologias de cuidados de saúde e prestação de serviços, em especial no nível primário de atenção.

Perpétuo e Wong (2006) afirmam que, de acordo com uma análise exploratória dos dados de internação por CSAP realizada em Minas Gerais, comumente elas têm seguido uma tendência a diminuir. Relacionam o fato à ampliação da cobertura da ESF no Estado, porém no início e no fim da vida apresentam valores ainda elevados, e a diminuição entre os idosos tem sido bastante restrita. As autoras ressaltam que a literatura internacional tem demonstrado que na população idosa não somente o coeficiente de internação por CSAP é maior, como também a resposta à melhoria de acesso e da qualidade da APS é menor se comparada com populações mais jovens.

Ainda nesse sentido, NESCON (2012) apontou essa relação entre o aumento acentuado da taxa de internação por CSAP com o aumento da idade pela existência de uma enorme diferença entre os valores dessas taxas nas idades mais jovens em comparação aos valores das taxas em idosos. Enquanto na faixa etária de 20-29 anos os valores são inferiores a 70/10 mil habitantes, entre os idosos o valor encontrado foi de 1.000/10.000 habitantes.

Nesse sentido Moraes, Rodrigues e Gerhardt (2008) afirmam que, atualmente, o envelhecimento é uma realidade que não pode ser ignorada na maioria das sociedades

desenvolvidas e em desenvolvimento, tornando-se temática relevante do ponto de vista científico e de políticas públicas, estimulando pesquisadores e promotores de políticas sociais na discussão do desafio que a longevidade humana está impondo para as sociedades.

Como consequência da atual transição demográfica, observa-se também uma forte alteração no perfil epidemiológico brasileiro com uma alta prevalência de doenças cardiovasculares que corresponde à aproximadamente 40% das causas de morte no país (LIMA-COSTA et al., 2011; CLEMENTE, FILHO; FIRMO, 2011; GÓIS; VERAS, 2010).

Sabendo-se que os idosos apresentam a maior carga de doenças, incapacidades e que, portanto, consomem mais serviços de saúde, conhecer as necessidades dessa população, bem como os fatores que determinam o uso de serviços de saúde, torna-se fundamental para o planejamento da atenção à saúde dessa faixa etária (VERAS, 2012; PILGER, MENON; MATHIAS, 2011). Lima-Costa e Barreto (2003) reforçam essa ideia ao afirmarem que, no processo de formulação e implementação das políticas públicas de saúde, informações sobre as condições de saúde dos idosos e seus determinantes, como também suas demandas e padrões de uso de serviços de saúde, são fundamentais. As autoras acrescentam, ainda, que essas informações podem ser obtidas principalmente por meio dos estudos epidemiológicos de base populacional.

Face às grandes e crescentes demandas da população idosa por assistência médica, Lima-Costa e Barreto (2003) lembram que doenças e limitações não são consequências inevitáveis do envelhecimento. O uso de serviços preventivos em saúde, a eliminação dos fatores de risco e a adoção de hábitos saudáveis são medidas que podem impactar de forma positiva a vida do indivíduo ao longo dos anos, assegurando-lhe uma vida mais saudável na terceira idade.

Desse modo, referente à saúde do idoso na APS, Marin e Cecílio (2009) evidenciam a importância da avaliação multidimensional, uma forma simples de coletar dados capazes de servirem de subsídios para um planejamento de ações que possam identificar e atender às necessidades específicas dessa população. Eles afirmam que, embora essa seja a parcela da população que mais procura os serviços de saúde, ainda não são desenvolvidas ações que atendam especificamente a esse público e a suas necessidades. As elevadas taxas de internação entre os idosos demonstram essa realidade.

No município de Passos, por exemplo, no ano de 2011, das 7.680 internações no SUS, 29,28% (2.249) foram de pessoas com 60 anos ou mais. Dentre as principais causas de internação, destacam-se as doenças do aparelho circulatório 46,15% (1.038), doenças do aparelho digestivo 41,84% (941) e as doenças do aparelho respiratório 38,46% (865)

(BRASIL, 2012). Observa-se, no entanto, que os três principais motivos de internação hospitalar entre os idosos no município são referentes às condições que foram contempladas na lista brasileira de CSAP, ou seja, são internações que poderiam ter sido evitadas no nível primário de atenção à saúde.

Recentemente uma pesquisa desenvolvida na cidade de Passos-MG revelou que apenas 57% dos 30 enfermeiros que atuam na APS municipal conhecem a lista brasileira de CSAP. Contudo observou-se que muitas condições, como, por exemplo, as doenças cerebrovasculares (76%), insuficiência cardíaca (70%) e pneumonias (70%) não foram consideradas como sensíveis a APS, o que é preocupante, pois elas são umas das principais causas de internação no município, principalmente entre os idosos, gerando elevados custos ao sistema de saúde local (BENTO, 2012).

Frente a esses resultados, é válido destacar uma crítica, realizada por Veras (2007), ao atual modelo de saúde, afirmando que, embora os principais conceitos de prevenção da saúde já estejam assimilados pelos profissionais, percebe-se ainda uma dificuldade muito grande de operacionalização das ações, em especial quando se analisa a atenção prestada aos idosos.

Em 2004, quando idosos representavam 8,4% da população brasileira, 25% das despesas do SUS corresponderam à hospitalização de pessoas da terceira idade (PEIXOTO et al., 2004). Dutra et al. (2011), referindo-se aos gastos financeiros do SUS, afirmam que os maiores dispêndios em saúde na próxima década serão devido ao aumento da população idosa e à maior frequência de doenças crônico-degenerativas. Couttolenc (2010) afirma que chegam a 70% do valor total de recursos alocados para a saúde os gastos do governo brasileiro com hospitais públicos e privados.

Para Dias-da-Costa et al. (2008), os valores das internações por CSAP devem ser interpretados como possibilidades de economia no sistema de saúde local que, dirigidos para APS, poderiam aumentar a efetividade dos cuidados.

Assim, considerando o acelerado processo de envelhecimento populacional que vem ocorrendo no Brasil e no mundo, que se apresenta como um dos maiores desafios para a Saúde Pública na atualidade, acredita-se que estudar a distribuição das internações por CSAP entre a população idosa seja uma excelente oportunidade de para ampliar os conhecimentos acerca das necessidades em saúde desse segmento populacional, bem como identificar possíveis fragilidades no sistema de saúde, em especial referentes ao nível primário de atenção.

2.2.1. Considerações quanto ao indicador de internações por CSAP

Na literatura nacional e internacional, é possível encontrar autores que discorrem sobre algumas críticas cabíveis no que diz respeito ao uso das internações por CSAP enquanto um indicador de avaliação dos serviços primários de atenção à saúde.

Alfradique et al. (2009), partindo de definição de que o risco de internações por CSAP pode ser reduzido por meio de uma atenção à saúde fornecida de maneira e em tempo oportuno pela APS, durante o processo de construção da lista brasileira de internações por CSPA, atestam que tais internações podem ocorrer em virtude do não uso ou da procura tardia pelos serviços de atenção primária, quando o quadro já se apresenta mais agravado. Porém os autores reconhecem igualmente a possibilidade de tais ocorrências serem devido ao manejo clínico inadequado em alguns casos.

Os autores acima, ao afirmarem que as internações hospitalares podem ser utilizadas como indicador indireto da efetividade da APS, discorrem também acerca de outras características que podem determinar o uso inadequado dos serviços de saúde, tais como

Características sócio-demográficas da população, padrões de utilização dos serviços, atitudes em face do tratamento, variações na prevalência de doenças na população, inexistência de rede de proteção social, barreiras de acesso, dotação de recursos insuficiente, incapacidade organizativa para gerenciar processos, manejo clínico inadequado, facilidade de acesso à atenção especializada e hospitalar e baixa ou nula coordenação do primeiro nível assistencial (ALFRADIQUE et al., 2009, p. 1346).

Em um estudo realizado por Martins (2012), em que foram selecionadas para análise apenas as condições cardiológicas sensíveis à atenção primária (Hipertensão, Angina e Insuficiência Cardíaca), o autor identificou que 57,6% da população estudada demandaram espontaneamente o serviço terciário de atenção à saúde, sem ter recebido atendimento em outros níveis de atenção.

Considerando que a APS deveria desenvolver o papel de porta de entrada do usuário no SUS e dispor de recursos para promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, espera-se que apenas em casos que ultrapassassem sua capacidade resolutiva ela encaminhe o usuário para os demais níveis de atenção, ainda sendo responsável pela coordenação desse cuidado. O resultado encontrado por Martins (2012), referente à demanda espontânea, permite refletir sobre a real acessibilidade que os usuários têm à APS e sobre os demais fatores determinantes no uso dos serviços de saúde apontados anteriormente.

Elias e Magajewski (2008), referente às dificuldades enfrentadas pelos usuários quanto ao acesso aos serviços da APS, enumeram os seguintes pontos: deficiência nas visitas domiciliares, falta de atividades dirigidas à população adstrita, obstáculos administrativos ou técnicos. O difícil acesso faz com que o usuário utilize o hospital, por meio de demanda espontânea, como porta de entrada para o sistema de saúde (BRASIL, 2000).

Quanto aos pontos relacionados aos profissionais de saúde que atuam na APS, os autores supracitados, mediante um estudo de análise das internações por CSAP no sul de Santa Catarina, demonstraram que as diversas dificuldades enfrentadas por eles para a realização de seu trabalho impactam negativamente sobre o resultado da assistência quando avaliada sob a ótica das internações por CSAP.

Cabe ainda, ao se pensar em alguns pontos relacionados com a utilização da Lista de CSAP na área da pesquisa, destacar a importância de se considerar a população que será estudada por meio desse indicador, pois diversos estudos apontam a heterogeneidade das taxas de internação relacionadas, por exemplo, às faixas etárias. Além disso, ainda é pouco estudada a possibilidade de alguns agravos terem sensibilidade reduzida mesmo diante de uma atenção adequada (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008; NEDEL et al., 2008; ALFRADIQUE et al., 2009; REHEM; EGRY, 2011).

É imprescindível que os profissionais da APS tenham propriedade acerca das alterações esperadas em cada fase da vida do indivíduo para que possam empreender ações efetivas de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, bem como manejo clínico adequado em cada caso.

Torres et al. (2011), dentre os fatores relacionados às internações por CSAP associados às possíveis falhas na APS, levantam a hipótese de que podem contribuir nesse cenário o desconhecimento dos profissionais quanto à anatomia, segundo gênero ou faixa etária, e os fatores de risco associados, considerações sobre o contexto de vida do indivíduo, nível de compreensão da pessoa, escolaridade etc.

Para Nedel et al. (2008), o processo de interpretação das internações por CSAP perpassam a necessidade de analisar as condições de organização dos sistemas que as geram, pois elas refletem os resultados das políticas públicas de saúde voltadas a determinadas condições. O desconhecimento da oferta do serviço e outras barreiras de acesso, muitas vezes percebidas apenas pelo usuário, como também a má formação dos profissionais de saúde, são exemplos apontados pelos autores na análise das internações por CSAP enquanto indicador de efetividade do sistema de saúde.

Por vezes as fragilidades na institucionalização e no funcionamento do sistema de saúde conduzem à violação de alguns princípios da APS e, conseqüentemente, dificultam ou impossibilitam o alcance dos objetivos firmados para esse nível de atenção (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008).

Gervas e Caminal (2007), Moura et al. (2010) e Barreto et al. (2010) vão ainda mais além ao dizer que o indicador, embora aponte informações essenciais para se repensar o processo de cuidar, no setor saúde, precisa também ser utilizado para transcendê-lo na busca por solucionar questões relevantes como saneamento básico e educação, por exemplo.

Em especial, ao analisar a aplicação do indicador em questão para a população idosa, é essencial considerar todas as alterações apresentadas anteriormente, pois existem especificidades nessa população que determinam quer o uso dos serviços de APS, quer o perfil de internações. A exemplo disso pode-se citar a diminuição da capacidade funcional, as alterações orgânicas, que, por sua vez, podem deixar o idoso mais propenso ao acometimento de certos agravos e doenças, como também restringem a sua capacidade para o autocuidado.

Outro fator que merece destaque nesse contexto é o papel do cuidador domiciliar do idoso, sendo ele familiar ou não. Com o passar dos anos, para a realização de algumas atividades o idoso passa a depender de auxílio, o que torna fundamental a presença do cuidador (NUNES et al., 2013; VIEIRA et al., 2013). É imprescindível, para a qualidade de vida na terceira idade, que a autonomia e a independência do indivíduo sejam estimuladas e respeitadas, mesmo em face dos limites advindos pela passagem dos anos.

Para Nunes et al. (2013, p. 228), “os cuidadores, além de agentes recuperadores e reabilitadores, devem enfocar continuamente a promoção e proteção da saúde”. Em um trabalho realizado pelos autores com vistas à capacitação de cuidadores de idosos, foi constatado que eles, após serem devidamente orientados pelos pesquisadores e pelos agentes comunitários de saúde sobre o processo de cuidar, reproduziram satisfatoriamente ações indicadas no que diz respeito a alimentação, higiene, deslocamento e transferência, administração de medicamentos, prevenindo, assim, a ocorrência de complicações comuns nos idosos. Os estudiosos concluíram, portanto, que tais ações de orientação e acompanhamento dos cuidadores são atribuições importantíssimas da APS no tocante ao cuidado com o idoso.

Refletindo sobre esse papel do cuidador na prevenção das internações dos idosos por CSAP, pode-se apontar a sua capacitação e orientação como função da APS, mas é necessário reconhecer que a responsabilidade de dispor desse cuidador é tanto da família quanto do governo, sendo que a atuação pública deveria ocorrer por meio da efetivação de equipamentos

sociais capazes de atender a essa demanda. A condição de saúde do idoso estará diretamente relacionada com a qualidade do cuidado recebido, e esses aspectos aqui levantados extrapolam a ação da APS.

Todavia torna-se imperioso considerar nesse contexto de cuidado ao idoso as condições socioeconômicas e culturais em que ele está inserido. O fato de orientar bem e munir tanto o idoso quanto o cuidador e a família de informações em saúde, essenciais para a manutenção da saúde e melhoria da qualidade de vida na terceira idade, por si só não garante a realização das ações necessárias. Diversos estudos referentes à saúde das pessoas com 60 anos ou mais reforçam essa ideia ao demonstrarem que idosos com maior grau de escolaridade e melhor padrão socioeconômico apresentam também melhores condições de saúde e qualidade de vida (SANTOS, 2007; MARIN; CECÍLIO, 2009; MARQUES, 2012; MARQUE et al., 2014).

Dessa forma, associar as taxas de internações por CSAP unicamente a problemas relacionados à APS pode levar a conclusões equivocadas e que, dificilmente, quando utilizadas como balizadoras no processo de repensar os cuidados em saúde surtirão pouco efeito.

O estudo do perfil das internações por CSAP, ocorridas entre as pessoas com 60 anos ou mais, permite voltar o olhar para tal cenário a fim de compreender as relações existentes entre o processo de envelhecimento, o cuidado ofertado nos níveis primários de atenção à saúde voltado para a população idosa, bem como relacionar os demais fatores envolvidos nesse contexto para que possíveis melhorias e implementações possam ser realizadas, resultando, por fim, no aumento da qualidade de vida dos idosos.

3. OBJETIVO GERAL

- Analisar as internações hospitalares por CSAP entre a população idosa (60 a 79 anos), residente no município de Passos, no período de 2008 a 2012.

3.1 Objetivos Específicos

- Identificar as principais causas das internações por CSAP da população idosa (60 a 79 anos), residente no município de Passos-MG, no período de 2008 a 2012;
- Descrever o perfil das internações hospitalares por CSAP entre a população idosa (60 a 79 anos), residente no município de Passos-MG, no período de 2008 a 2012, segundo distribuição por gênero e faixa etária;

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, de abordagem quantitativa que, segundo Lima-Costa e Barreto (2003) e Pereira (2008), tem por objetivo conhecer e descrever a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Sendo assim, este estudo investigará as causas, a distribuição por gênero e por faixa etária das internações no SUS entre a população idosa, por CSAP, em Passos-MG, no período de 2008 a 2012.

A epidemiologia tem sido amplamente utilizada como método para o estudo da distribuição de um problema de saúde na população e para a investigação das razões desta distribuição. Assim o conhecimento produzido por essa ciência fornece base racional para auxiliar a escolha das intervenções a ser implementadas, bem como para a avaliação dessas medidas (PEREIRA, 2008; ALEXANDRE, 2012).

Na epidemiologia, como assinalam Santana et al. (2013), os estudos denominados descritivos têm por objetivo conhecer e registrar, sistematicamente, a extensão e a gravidade dos problemas de saúde na população, como também os padrões de distribuição de enfermidades, agravos, exposições, programas, custos de intervenções, dentre outros pontos. Os autores afirmam que, devido a essas características, esses estudos são de grande utilidade para os serviços de saúde e para o conhecimento geral da magnitude, das repercussões e das tendências das doenças e agravos. Ribeiro (2012) reafirma essa ideia ao argumentar que a adequada descrição dos eventos relacionados ao processo saúde/doença da população permite conhecer a situação epidemiológica de determinadas doenças e agravos, formular hipóteses causais, subsidiar intervenções para controlar ou prevenir determinados problemas de saúde, planejar assistência médica, entre outras possibilidades. E, ainda, que estudos dessa natureza mostram quantitativamente a distribuição desigual do processo saúde/doença na população e ajudam a direcionar tanto as ações sanadoras como a aplicação de recursos financeiros necessários.

4.2. Local do Estudo

O Município de Passos está localizado na mesorregião Sul de Minas Gerais, possui uma área de 1.339 km², sendo a quarta cidade mais populosa do Sul/Sudoeste Mineiro e a 26^a do Estado, passando de 106.290 habitantes em 2010 para 112.420 habitantes em 2014, conforme estimativa do IBGE (2014). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Passos é 0,756, sendo maior que o IDH do Estado de Minas Gerais, que é, 0,731. O Produto Interno Bruto per capita do município é de R\$ 16.034,66, e destacam-se, dentre as atividades econômicas do município, os setores agropecuário e industrial (IBGE, 2013).

O município de Passos tem como vizinhos: ao norte, divididos pelo Rio Grande, os municípios de Delfinópolis e São João Batista do Glória; ao sul, os municípios de Bom Jesus da Penha, Fortaleza de Minas e Jacuí; ao leste, os municípios de Cássia, Itaú de Minas e Pratápolis; ao oeste os municípios de Alpinópolis e São José da Barra.

O Estado de Minas Gerais, para a gestão na saúde, utiliza como instrumento para o planejamento das ações o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR-MG), que permite estabelecer uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação de recursos, da descentralização programática e gerencial (MINAS GERAIS, 2012).

No PDR-MG, os 853 municípios que compõem o espaço territorial do Estado foram divididos em 13 Regiões Ampliadas de Saúde (Figura 01) e 77 Regiões de saúde. Essa divisão em dois níveis foi proposta em razão da complexa realidade do Estado de Minas Gerais, em que se observa uma grande extensão territorial com características populacionais, econômicas e culturais heterogêneas. Assim o plano de regionalização da saúde em Minas Gerais vai ao encontro dos princípios de economia de escala, qualidade e acesso (MINAS GERAIS, 2012; MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Em 2011, por meio do Decreto nº 45.812, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) alterou sua estrutura organizacional no intuito de, dentre outros objetivos, reforçar o papel e as atribuições de suas unidades administrativas regionais em conformidade com o PDR-MG, que estabelece as divisões das regiões sanitárias para a organização do sistema estadual de saúde (MINAS GERAIS, 2012).

Figura 01 – Regiões Ampliadas de Saúde em Minas Gerais.

Fonte: Plano diretor de Regionalização de Minas Gerais (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Dessa forma, foi criada uma Subsecretaria de Gestão Regional, à qual estão vinculadas as dezoito Superintendências de Gestão Regional. A finalidade dessas estruturas é fortalecer a governança regional do Sistema Estadual de Saúde em suas áreas de abrangência, por meio de apoio, implementação e monitoramento das políticas e das ações de saúde (MINAS GERAIS, 2012).

O município de Passos encontra-se na Região Ampliada de Saúde Sul (Figura 02), dentro da Região de Saúde Passos/Piumhi, na qual ele é município polo (Figura 03). Administrativamente, está vinculado à Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Passos, com sede no município.

Figura 02 – Mapa da Região Ampliada de Saúde Sul: divisão assistencial por regiões de saúde.

Fonte: Plano diretor de Regionalização de Minas Gerais (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

O processo de municipalização dos serviços de saúde teve início em 1992, sendo que em 1997 Passos foi habilitado na Gestão Plena de Atenção Básica, tornando-se responsável, conforme a Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, pela gerência de todo o atendimento básico, assim como pela avaliação permanente do seu impacto sobre as condições de saúde da população (VIANA, 1999). Atualmente, o município encontra-se habilitado, enquanto gestão, por meio do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b).

Figura 03 – Mapa da Região de Saúde Passos/Piumhi.

Fonte: Plano diretor de Regionalização de Minas Gerais (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Atualmente, no município de Passos existem 41 estabelecimentos públicos de saúde inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) distribuídos nos três níveis de atenção à saúde (PASSOS, 2014).

A APS no município, responsável pela coordenação da rede de atenção à saúde e dos fluxos de atendimento em Passos, é composta por 9 Unidades Básicas de Saúde convencionais (UBS), 19 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) apoiadas por dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A implantação da ESF iniciou-se em 1997, com cinco equipes. Em 2001, foram implantadas mais dez, em 2004, mais duas, e, em 2014, mais duas. A expansão da cobertura pela ESF integra as metas do Plano Municipal de Saúde em vigor, em conformidade com a nova Política Nacional da Atenção Básica/2011, que aponta a Saúde da Família como a estratégia recomendada e prioritária para a consolidação da APS (PASSOS, 2014).

A cobertura total da ESF no município é de 74.113 pessoas, que correspondem a 19.504 famílias, cobrindo um total de 71,5% da população do município, sendo que 14,67% da população cadastrada na ESF são idosos.

Cada equipe de ESF é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS) e um recepcionista, apoiados pela equipe multidisciplinar do NASF, constituída por nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais.

A programação local das unidades de ESF é estabelecida anualmente, a partir do diagnóstico de saúde da população, e, a partir dessa programação, os atendimentos médicos são assim distribuídos: 1 – imediato, para pessoas com queixas agudas, ou com agudização de condições crônicas, que necessitem atendimento no momento em que acessam a Unidade de Saúde; 2 – agendado, para pessoas que acessam a Unidade de Saúde da Família, porém não requerem atendimento imediato, sendo agendadas ao longo da semana; e 3 – programado, para atendimento de grupos específicos (crianças, adolescentes, hipertensos, diabéticos, tuberculose, hanseníase, saúde mental, gestantes, idosos), os quais são previamente agendados pelos ACS nas visitas domiciliares. Esta última modalidade de atendimento tem enfoque preventivo e representa 60% das ações desenvolvidas pelo médico dessas Unidades de Saúde (PASSOS, 2014).

Dentre as ações e programas desenvolvidos pelas ESF e NASF, estão: acolhimento aos usuários na Unidade de Saúde e no domicílio; visitas domiciliares, com enfoque na vigilância em saúde individual e coletiva, realizada por todos os membros da equipe de Saúde da Família e NASF; atenção integral à saúde de gestantes e crianças (grupos de gestantes; classificação de risco de gestantes e priorização de ações; atendimento pré-natal das gestantes de risco habitual); acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças (puericultura), conforme preconização das Diretrizes Clínicas (Linha Guia de Saúde da Criança); programa Saúde de Ferro; acompanhamento do aleitamento materno, com atendimento domiciliar multiprofissional; grupos informativos sobre educação para a saúde em sala de espera, creches, escolas e Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) (PASSOS, 2014).

As UBS convencionais contam com uma equipe composta por médicos (clínico geral, pediatra e ginecologista/obstetra), enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, técnico em enfermagem e recepcionista. Desenvolvem ações e programas semelhantes aos da ESF, contudo são realizadas exclusivamente nas próprias Unidades de Saúde e possuem enfoque individual. São responsáveis ainda pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), com cobertura de toda a população urbana e rural (PASSOS, 2014).

Constituindo a atenção secundária municipal, encontram-se: uma Policlínica de Especialidades e Centro de Diagnósticos; um Ambulatório-Escola (AMBES), que é referência para pacientes portadores do HIV/AIDS; uma Unidade do Programa de Hepatites virais; uma Unidade do Programa Viva Mulher; um Núcleo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Hanseníase (NAEPH); um Núcleo de Atendimento Especializado de Estomaterapia (NAE); um Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST); um Ambulatório de Saúde Mental e dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II e o CAPS-AD); um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Todos os serviços especializados integrantes desse nível de atenção à saúde atuam de maneira articulada e integrada com a Atenção Primária, para o fortalecimento da rede de atenção, por meio de diversas ações e serviços (PASSOS, 2014).

A atenção terciária do município é composta por quatro hospitais: um hospital psiquiátrico – uma instituição filantrópica de caráter público-privado, que possui 156 leitos, sendo 120 credenciados ao SUS, e é referência para 115 municípios das regiões de saúde Passos-Piumhi e São Sebastião do Paraíso e toda região sudoeste de Minas Gerais; um hospital geral de caráter privado – que possui 36 leitos, sendo 30 para internações clínicas e cirúrgicas e 6 em UTI adulto –, realizando atendimento às pessoas beneficiárias de planos de saúde e às que custeiam, particularmente, os atendimentos; um hospital geral filantrópico – que possui abrangência regional e atende toda a população das regiões de saúde Passos-Piumhi e São Sebastião do Paraíso e outros municípios da macrorregião Sul de Minas Gerais –, que dispõe de 300 leitos, sendo 80% deles credenciados ao SUS; e um hospital regional do Câncer (PASSOS, 2014; CNES, 2014).

Dentre os estabelecimentos privados ou filantrópicos que participam da rede de atenção à saúde de forma complementar ao SUS, estão: Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISMIP), que atende a região de saúde Passos-Piumhi em 11 especialidades (Oftalmologia, Cardiologia, Cardiologia Infantil, Gastroenterologia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Endocrinologia, Dermatologia, Reumatologia, Pneumologia e Ortopedia); 14 clínicas ou serviços especializados de natureza privada; dois hospitais gerais; um hospital psiquiátrico; e duas instituições de longa permanência para idosos (ILPI) (PASSOS, 2014).

Ainda como serviços de apoio, a Secretaria Municipal de Saúde de Passos conta com Farmácia Básica e Programa Remédio em Casa (Assistência Farmacêutica); Central de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria.

O município também dispõe de duas instituições de longa permanência para idosos. Uma é o Lar São Vicente de Paulo, fundado pela entidade caritativa São Vicente de Paulo, enquanto a outra, denominada Recanto Geriátrico, trata-se de fundação beneficente pertencente e mantida pela Loja Maçônica Deus Universo e Virtude.

4.3. População do Estudo

A população de estudo foi composta pelas AIHs faturadas pelo SUS, correspondentes às internações hospitalares dos idosos de 60 a 79 anos residentes em Passos, relativas ao período de 2008 a 2012, disponibilizadas pelo DATASUS no SIH-SUS.

Esse período foi adotado considerando como marco histórico o ano de 2008, no qual foi publicada a lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária e instituída como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. Dessa forma, optou-se por analisar os dados referentes a cinco anos contados a partir da publicação da lista para, assim, entender como se caracterizam as internações hospitalares dos idosos por CSAP no município.

Para definir os grupos de condições sensíveis ao nível primário de atenção à saúde, foi utilizada a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária (ANEXO A) adotada, em 2008, pelo Ministério da Saúde, e recomendada pelo órgão como indicador para avaliação dos serviços de saúde.

Para o presente estudo, foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística intencional em que, segundo Barros e Lehfeld (2007), diferentemente da amostra probabilística, na qual todos os elementos do universo têm as mesmas probabilidades de serem escolhidos, os elementos da pesquisa são selecionados a partir de critérios previamente definidos. Desse modo, foram considerados como critérios para inclusão:

- Internação de idosos com idade entre 60 e 79 anos, residentes no município de Passos-MG;
- A internação ter ocorrido no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012;

- Internação por período superior a 24 horas (período de tempo necessário para a liberação da AIH).

O item referente à idade foi assim definido, considerando que acima dessa idade não pode ser estabelecida uma relação direta entre a evitabilidade de internação e a causa respectiva em muitos casos. O aumento de comorbidades nos indivíduos acima de 80 anos dificulta a definição da causa básica da internação (NESCON, 2012). Embora na literatura existam estudos (DOURADO et al., 2011; MARQUES, 2012) que apontam outros cortes relacionados à idade, devido ao fato de o estudo realizado pela NESCON (2012) se aproximar mais da realidade do campo de estudo desta presente pesquisa, optou-se, então, pela adoção da faixa etária de 60 a 79 anos.

Em virtude da faixa etária selecionada, foi excluído, nas tabelas e gráficos apresentados nesta pesquisa, o grupo de doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

4.4. Coleta de Dados

A coleta dos dados foi realizada por meio de consulta documental na base de dados do DATASUS, que contém diversos sistemas de informação em saúde (SIS) disponíveis pela internet no site <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Trata-se, portanto, de dados secundários e de domínio público.

O Ministério da Saúde (BRASIL 2009a, BRASIL 2009b) e Kiuti, Carvalho Júnior e Carvalho (2004), acerca dos SIS, afirmam serem ferramentas imprescindíveis para a produção de dados e delineamento de ações tanto de natureza demográfica, quanto econômica e de saúde, pois possibilitam a análise da situação de saúde em todas as esferas de governo – Municipal, Estadual e Federal. Oliveira (2012), nesse sentido, acrescenta ainda que a utilização dos bancos de dados informatizados dinamiza e facilita o trabalho dos pesquisadores.

Os SIS são instrumentos de apoio ao conhecimento do processo saúde-doença de determinada população que permitem aos gestores melhor direcionar as ações de intervenção a partir da identificação de um problema. São um conjunto de componentes que atuam de maneira integrada, cuja finalidade é produzir a informação necessária e oportuna para subsidiar as tomadas de decisões nos sistemas de serviços de saúde (MS, 2010; OPAS, 1998; BASTOS, 2009).

Dentre os SIS nacionais, destacam-se o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SISNASC), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI-SUS) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Neste estudo foram realizadas consultas ao SIH-SUS, no site do DataSUS, no período de março e abril de 2014, e foram extraídos os dados correspondentes ao gênero, idade e causa da internação hospitalar referentes à população idosa residente no município de Passos-MG, no período de 2008 a 2012.

O SIH utiliza como fonte de dados as AIHs geradas pelas internações públicas e pelas internações privadas contratadas pelo SUS (MOTA; ALMEIDA; VIACAVA, 2013). Elas são controladas em séries numéricas disponibilizadas pelo MS em dois possíveis fluxos: um pode ser via Estado, em que, por meio da estimativa populacional do IBGE, é feito um cálculo do equivalente a 9% da população, sendo esse o número de AIHs liberadas; outra forma é quando o MS libera as AIHs diretamente para os municípios a depender do que foi pactuado na Programação Pactuada Integrada (BRASIL, 2009b).

As AIHs são utilizadas para faturar e registrar as internações contendo informações demográficas, dados clínicos e outras informações relevantes, tais como: especialidades médicas, motivo da internação, instituição e profissional responsável pela assistência ao paciente, valor monetário repassado, municípios de internação e residência (MOTA; ALMEIDA; VIACAVA, 2013).

Brasil (2009a, 2009b) ressalta ainda que o SIH é considerado um banco de dados administrativo; contudo, devido ao grande número de informações nele contidas, é muito utilizado pela comunidade acadêmica em pesquisas. Por ser um banco de dados relacionado apenas às internações hospitalares financiadas pelo setor público, quer sejam em hospitais públicos, quer em privados, sua cobertura é de aproximadamente 70% a 80% do total de internações ocorridas no País.

Rehem et al.(2013), nesse sentido, afirmam que o SIH-SUS possui a maior base de dados sobre internações hospitalares disponíveis no Brasil e que tem sido amplamente utilizado em estudos epidemiológicos e de avaliação, como também para orientar a adoção de medidas de gestão pública da saúde, inclusive no tocante à transferência de recursos financeiros.

Trata-se, portanto, de uma base de dados de livre acesso, disponibilizada no site do DATASUS. Ao entrar no site, é possível realizar diversas buscas utilizando os filtros existentes. Os dados podem ser visualizados no próprio site ou baixados nos programas disponíveis na base de dados.

Os pontos fortes do SIH-SUS, apontados por Brasil (2009a, 2009b), são:

- Simplicidade para manuseio;
- Captura de 70% ou mais da produção hospitalar;
- Informação com poucos meses de defasagem;
- Instrumento de auxílio para a gestão e o planejamento das ações em saúde;
- Contribuição para o próprio gerenciamento do hospital;
- Capacidade de difusão e de disponibilização das informações de forma rápida e prática.

Dentre as limitações do uso desse sistema de informação, segundo Mota, Almeida e Viacava (2013), merecem atenção os pontos destacados a seguir:

- O SIH não contém informações sobre as internações ocorridas na rede privada não contratadas pelo SUS;
- Possíveis erros de preenchimento das AIHs;
- As admissões hospitalares que ocorrem em períodos inferiores a 24 horas não geram AIHs;
- Apenas são capturadas as internações pagas pelo SUS, quer no setor público, quer no privado; assim não abrange 100% das internações hospitalares.

Outro ponto a ser considerado é o fato de que, por analisar as internações por meio do SIH, não é possível a identificação dos indivíduos que foram internados. Portanto não há como identificar se houve mais de uma internação para um mesmo usuário.

4.5. Análise dos Dados

Neste estudo os dados foram analisados a partir do referencial de envelhecimento populacional e de internações CSAP à luz da epidemiologia descritiva

simples. Para tanto, os dados foram tabulados mediante tabelas e gráficos, a partir de séries temporais e do cruzamento das variáveis: grupos de diagnósticos, idade e gênero.

A análise dos dados ocorreu em duas etapas, sendo que inicialmente, após o levantamento dos dados no SIH, eles foram tabulados em planilhas eletrônicas em *software* Excel, versão 2010, sendo realizado os seguintes cruzamentos: CSAP (por grupo de ocorrência) x ano de ocorrência; CSAP (por grupos de causas) x idade; CSAP (por grupos de causas) x gênero. Essas planilhas possibilitaram analisar a frequência simples dos dados ao longo dos cinco anos (2008-2012), descrever o comportamento das internações por CSAP, bem como identificar aquelas que foram mais prevalentes no segmento populacional estudado.

Posteriormente foram calculadas as proporções e as taxas referentes a cada grupo de CSAP segundo ano de internação, gênero e faixa etária.

Os valores proporcionais apresentados neste estudo são resultado da razão entre o número de internações por CSAP ocorrida entre idosos (60-79 anos) residentes em Passos e o número geral de internações ocorridas entre os idosos (60-79 anos) residentes em Passos; considerando, igualmente, o mesmo período de tempo e multiplicando os valores encontrados por 100 (cem) habitantes.

Para as taxas, foi considerado como numerador o número de internações por CSAP ocorridas entre idosos (60-79 anos) residentes em Passos, e como denominador o número total de idosos (60-79 anos) residentes em Passos, ambos considerando sempre o mesmo período de tempo. Em seguida, multiplicou-se o resultado encontrado por 1000 (mil) habitantes a fim de facilitar a análise e a representação dos valores encontrados.

4.6. Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi realizada de acordo com os princípios éticos e rigor científico, conforme resolução nº 466, de 2012, para pesquisas que envolvem seres humanos, a qual entrou em vigor a partir de junho de 2013. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, via Plataforma Brasil, inscrito sob o número CAAE 34953714.2.0000.5393(ANEXO B). Foi solicitada a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido, dada a impossibilidade de contatar os

sujeitos aos quais os dados disponibilizados no DATASUS referem-se, e ainda por se tratar de dados secundários e de domínio público, sendo a solicitação aceita.

Em contato com a Secretaria de Saúde do Município de Passos, por meio de ofício, foi solicitada autorização para realização da pesquisa, que foi concedida pelo secretário municipal de saúde, conforme documento anexo (ANEXO C).

5. RESULTADOS

Os resultados obtidos estão apresentados a seguir conforme os objetivos propostos na presente pesquisa.

5.1. Análise das internações hospitalares por CSAP entre a população idosa (60 a 79 anos), residente no município de Passos, no período de 2008 a 2012.

5.1.1. Identificação das principais causas das internações por CSAP da população idosa (60 a 79 anos), residente no município de Passos-MG, no período de 2008 a 2012.

Nos anos de 2008 a 2012, em Passos foram registradas 31.172 internações hospitalares financiadas pelo SUS (exceto partos) entre a população residente no município em estudo, sendo que 8.364 foram internações de idosos, com idade de 60 a 79 anos.

Em virtude da faixa etária selecionada para o estudo, foi excluído, nas tabelas e gráfico apresentados nesta pesquisa, o grupo de doenças relacionadas ao pré-natal e parto, pois, na amostra analisada, não houve nenhuma internação por essas causas.

Tomando especificamente as internações ocorridas no grupo etário em estudo, nos cinco anos analisados, das 8.364 internações, a tabela 1 mostra que 2.915 (34,85%) tiveram como causa principal algum diagnóstico classificado como sensível à atenção primária à saúde.

De acordo com a tabela 01, observa-se que, em geral, dentre os idosos de 60 a 79 anos, ao longo dos anos estudados, houve um constante aumento do número geral de internações, com um pequeno declínio no ano de 2011. Entretanto no ano seguinte foi registrada a maior frequência do período.

Tabela 01 – Distribuição de frequência e proporção de internações hospitalares entre a população idosa, 60 a 79 anos, residente em Passos-MG, segundo tipo de internação, no período de 2008 a 2012.

Tipo de Internação	ANOS										TOTAL	
	2008		2009		2010		2011		2012			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CSAP	491	39,25	605	37,46	605	32,81	574	32,21	640	34,19	2915	34,85
Condições não sensíveis	760	60,75	1010	62,54	1239	67,19	1208	67,79	1232	65,81	5449	65,15
TOTAL	1251	100,00	1615	100,00	1844	100,00	1782	100,00	1872	100,00	8364	100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Elaborada pela própria autora em 2014.

A proporção de internações por CSAP em relação às internações por condições não sensíveis apresenta uma tendência à queda: em 2008 correspondia a 39,25%, passando para 34,19% em 2012 (tabela 01).

A partir do gráfico 01, observa-se que, no período considerado, ocorreu uma elevação contínua nas taxas de internações gerais (por mil habitantes) entre a população de idosos com 60 a 79 anos, residentes no município de Passos-MG. O menor valor registrado foi no ano de 2008, e o maior, no final do período, em 2012.

As taxas referentes às condições não sensíveis ao nível primário de atenção à saúde seguem a mesma tendência, apresentando aumentos significativos ao longo dos anos, variando de 73,01 em 2008 a 106,91 no ano de 2012. Todavia as taxas de internações por CSAP mostram um comportamento mais constante, com tendência à diminuição das ocorrências, nos anos de 2009 a 2011, e períodos de elevação em 2008 e 2012. E, ainda, observa-se que a oscilação das taxas, por essas causas, foi menor do que nos demais (gráfico 01).

Gráfico 01 – Taxas de internações hospitalares, entre a população idosa, 60 a 79 anos, residente em Passos-MG, segundo tipo de internação, no período de 2008 a 2012.

*Taxa por mil habitantes

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Elaborado pela própria autora em 2014.

Analisando o cenário das causas de internações por CSAP a partir dos grupos de diagnósticos, conforme exposto na tabela 02, entre os idosos residentes em Passos, nos anos de 2008 a 2012, de maneira geral, aqueles que atingiram as proporções mais elevadas foram os relacionados às doenças do aparelho circulatório, que correspondem aos grupos Hipertensão (3,46%), Angina (14,51%), Insuficiência Cardíaca (30,26%) e Doenças Cerebrovasculares (15,81%), que, juntos, somam 64,04%, e às do aparelho respiratório, composto pelos grupos Pneumonias bacterianas (1,51%), Asma (0,31%) e Doenças pulmonares (10,46%), que perfazem um total de 12,28%, conforme demonstrado na tabela 02. Juntos, esses grupos foram responsáveis por 2225 internações das 2915 ocorridas devido à CSAP entre os idosos, no período estudado.

Quanto às taxas de internação por CSAP, a partir do gráfico 02 é possível constatar que, em geral, no período de 2008 a 2012, os grupos das gastroenterites infecciosas e complicações, da asma, da úlcera gastrointestinal e das doenças cerebrovasculares foram os que apresentaram tendência à queda durante todo o período, em especial os dois últimos. Em contrapartida, os grupos das deficiências nutricionais,

das pneumonias bacterianas, da diabetes mellitus, das doenças pulmonares, da angina e da insuficiência cardíaca registraram elevação das taxas, com destaque para estes três últimos, responsáveis pelos aumentos mais significativos. Os grupos das doenças imunopreveníveis por imunização e condições sensíveis, da anemia, das infecções de ouvido, nariz e garganta, da hipertensão, das epilepsias, das infecções do rim e trato urinário, da infecção de pele e tecido subcutâneo e das doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos sofreram pequenas alterações nas taxas de internações ao longo do período.

Tabela 02 – Distribuição de frequência e proporção de internações entre a população idosa, 60 a 79 anos, residente em Passos-MG, segundo Grupos de Diagnósticos, no período de 2008 a 2012.

GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS		ANO										TOTAL	
		2008		2009		2010		2011		2012			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	1	0,20	0	0,00	1	0,17	0	0,00	0	0,00	2	0,07
2	Gastroenterites infecciosas e complicações	15	3,05	20	3,31	20	3,31	9	1,57	13	2,03	77	2,64
3	Anemia	5	1,02	8	1,32	13	2,15	7	1,22	5	0,78	38	1,30
4	Deficiências nutricionais	4	0,81	7	1,16	15	2,48	16	2,79	14	2,19	56	1,92
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0,00	3	0,50	0	0,00	3	0,52	0	0,00	6	0,21
6	Pneumonia bacteriana	10	2,04	1	0,17	11	1,82	12	2,09	10	1,56	44	1,51
7	Asma	3	0,61	2	0,33	1	0,17	2	0,35	1	0,16	9	0,31
8	Doenças pulmonares	38	7,74	64	10,58	54	8,93	78	13,59	71	11,09	305	10,46
9	Hipertensão	14	2,85	23	3,80	24	3,97	20	3,48	20	3,13	101	3,46
10	Angina	71	14,46	77	12,73	91	15,04	76	13,24	108	16,88	423	14,51
11	Insuficiência cardíaca	151	30,75	189	31,24	158	26,12	173	30,14	211	32,97	882	30,26
12	Doenças cerebrovasculares	83	16,90	100	16,53	103	17,02	90	15,68	85	13,28	461	15,81
13	Diabetes mellitus	38	7,74	47	7,77	58	9,59	47	8,19	54	8,44	244	8,37
14	Epilepsias	5	1,02	9	1,49	9	1,49	8	1,39	5	0,78	36	1,23
15	Infecção no rim e trato urinário	14	2,85	24	3,97	22	3,64	15	2,61	25	3,91	100	3,43
16	Infecção de pele e tecido subcutâneo	1	0,20	1	0,17	1	0,17	4	0,70	1	0,16	8	0,27
17	Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0,00	1	0,17	0	0,00	0	0,00	1	0,16	2	0,07
18	Úlcera gastrointestinal	38	7,74	29	4,79	24	3,97	14	2,44	16	2,50	121	4,15
TOTAL		491	100,00	605	100,00	605	100,00	574	100,00	640	100,00	2915	100,00

*taxa por mil habitantes ** Foram suprimidos os diagnósticos que não apresentaram nenhuma ocorrência nos anos de 2008 a 2012

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Elaborada pela própria autora em 2014.

Gráfico 02 – Taxas de internações hospitalares, entre a população idosa, 60 a 79 anos, residente em Passos-MG, segundo grupos de diagnósticos, no período de 2008 a 2012.

*Taxa por mil habitantes

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Elaborado pela própria autora em 2014.

Destaca-se, durante todo o período estudado, como primeira causa de internação por CSAP o grupo referente à Insuficiência Cardíaca, que apresentou pequena queda na taxa de internação apenas no ano de 2010 e o registro da maior taxa em 2012 (gráfico 02).

O grupo das doenças cerebrovasculares também foi importante no cenário das internações por CSAP, ocupando a segunda posição nos anos de 2008 a 2011, passando a ser, em 2012, a terceira causa de internação (gráfico 02).

A Angina manteve-se em terceiro lugar dentre as causas que motivaram as internações dos idosos por CSAP no período de 2008 a 2010. No ano de 2011, passou a ser a quarta causa, e em 2012 ficou como segunda (gráfico 02).

As Doenças Pulmonares, no ano de 2008, juntamente com os grupos referentes à Úlcera Gastrointestinal e ao Diabetes Mellitus ocuparam o quarto lugar dentre as principais causas de internações por CSAP. As taxas de internações por úlceras gastrointestinais sofreram constantes quedas durante os anos estudados, enquanto as taxas de internações por diabetes mellitus, em geral, tenderam ao aumento entre os anos de 2008 e 2012, o que fez com que o grupo alternasse com o das Doenças Pulmonares entre a quarta e quinta principal causa de internações por CSAP. Em 2011, as Doenças Pulmonares atingiram sua taxa mais elevada, passando a ser a terceira causa mais frequente de internação por CSAP entre os idosos em Passos (gráfico 02).

5.1.2. Descrição do perfil das internações hospitalares por CSAP entre a população idosa (60 a 79 anos), residente no município de Passos-MG, no período de 2008 a 2012, segundo distribuição por gênero e por faixa etária;

5.1.2.1. Distribuição por gênero

Referente à diferença de gêneros na proporção de internações, por condições sensíveis ao nível primário de atenção à saúde, entre a amostra estudada, nos anos de 2008 a 2012, não houve uma variação muito significativa, sendo 51,18% referente ao gênero masculino e 48,84% ao feminino (tabela 03).

Observa-se, segundo a tabela 03, que durante todos os anos os números de internação mantiveram-se acima de 240 registros. Enquanto no gênero feminino, em todos os anos, ocorreu um aumento contínuo no número de internações, no gênero masculino houve aumento dos registros no ano de 2009 (329), com queda sequente nos anos de 2010 (309) e 2011 (274), e um aumento significativo em 2012 (331), sendo o mais elevado em todo o período.

Tabela 03 – Distribuição de frequência e proporção de internações entre a população idosa, 60 a 79 anos, residente em Passos-MG, segundo gênero, no período de 2008 a 2012.

GÊNERO	ANOS										TOTAL	
	2008		2009		2010		2011		2012			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	249	50,71	329	54,38	309	51,07	274	47,74	331	51,72	1492	51,18
Feminino	242	49,29	276	45,62	296	48,93	300	52,26	309	48,28	1423	48,82
TOTAL	491	100,00	605	100,00	605	100,00	574	100,00	640	100,00	2915	100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Elaborada pela própria autora em 2014.

No gráfico 03, pode-se notar, no gênero feminino, um movimento crescente e contínuo das taxas de internações por CSAP, sendo a maior variação apresentada entre o ano de 2008 e 2009. Em contrapartida, no gênero masculino há uma oscilação maior das taxas durante o período em análise, majorando de 2008 para 2009, sendo que nos dois anos subsequentes as taxas caíram, mas aumentando novamente em 2012.

Gráfico 03 – Taxas de internações hospitalares, entre a população idosa, 60 a 79 anos, residente em Passos-MG, segundo gênero, no período de 2008 a 2012.

*Taxas por mil habitantes

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Elaborado pela própria autora em 2014.

Considerando as taxas gerais de internações por CSAP e por gênero expostas na tabela 04, para todo o período estudado os grupos que apresentaram os maiores valores no gênero feminino foram a Insuficiência cardíaca (15,94), as Doenças cerebrovasculares (6,93), a Angina (6,70), as Doenças Pulmonares (4,66), o Diabetes mellitus (4,39), e a Hipertensão (1,84). Já os menores valores foram encontrados nos grupos das Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis (0,07), Infecção de pele e tecido subcutâneo (0,07), Doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos (0,07), Infecções de ouvido, nariz e garganta (0,17), e Asma (0,24).

Quanto ao gênero masculino, observa-se que as taxas de internação por CSAP mais elevadas, nos anos de 2008 a 2012, foram as dos grupos: Insuficiência cardíaca (15,65), Doenças cerebrovasculares (9,74), Angina (8,56), Doenças pulmonares (6,37), Diabetes mellitus (4,36), Úlcera gastrointestinal (2,69). Os menores valores referentes às taxas de internação por CSAP, dentre o gênero masculino, foram registrados nos grupos: Infecção de ouvido, nariz e garganta (0,04), Asma (0,08), Infecção de pele e tecido subcutâneo (0,23) (tabela 04).

Tabela 04 – Distribuição das taxas de internações por CSAP entre a população idosa, de 60 a 79 anos, residentes em Passos-MG, no período de 2008 a 2012, segundo grupos de diagnósticos e gênero.

GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS	ANOS	
	2008 - 2012	
	Feminino	Masculino
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	0,07	0,00
1 Gastroenterites infecciosas e complicações	1,63	1,10
2 Anemia	0,71	0,64
3 Deficiências nutricionais	0,58	1,48
4 Infecções de ouvido, nariz e garganta	0,17	0,04
5 Pneumonia bacteriana	0,48	1,14
6 Asma	0,24	0,08
7 Doenças pulmonares	4,66	6,37
8 Hipertensão	1,84	1,78
9 Angina	6,70	8,56
10 Insuficiência cardíaca	15,94	15,65
12 Doenças cerebrovasculares	6,93	9,74
13 Diabetes mellitus	4,39	4,36
14 Epilepsias	0,48	0,83
15 Infecção no rim e trato urinário	1,73	1,86
16 Infecção de pele e tecido subcutâneo	0,07	0,23
17 Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	0,07	0,00
18 Úlcera gastrointestinal	1,70	2,69
TOTAL	48,37	56,54

*Taxas por mil habitantes

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Elaborada pela própria autora em 2014.

Referente ainda à variável gênero, conforme distribuição apresentada nas tabelas 05 e 06, pode-se notar que os grupos de diagnósticos que foram responsáveis pelas maiores proporções de internações entre a população de estudo são comuns aos dois gêneros, seguindo a tendência geral na população idosa apresentada anteriormente, a saber, Insuficiência cardíaca, Doenças cerebrovasculares, Angina, Doenças Pulmonares, Diabetes mellitus.

Observa-se, no entanto, peculiaridades no perfil de internações entre o gênero feminino que divergem do masculino, como, por exemplo, as proporções de internações foram mais baixas entre as idosas nos seguintes grupos: Deficiências nutricionais, Pneumonias bacterianas, Doenças Pulmonares, Angina, Doenças Cerebrovasculares, Epilepsia, Infecção de pele e tecido subcutâneo e Úlcera gastrointestinal. Nos demais grupos de causas de internações por CSAP, as proporções registradas entre os idosos

foram menores do que as registradas entre as idosas, nos anos de 2008 a 2012 (tabelas 05 e 06).

Tabela 05 – Distribuição de frequência e proporção de internações por CSAP entre a população idosa do gênero feminino, 60 a 79 anos, residentes em Passos-MG, segundo grupo de diagnósticos, no período de 2008 a 2012.

GRUPO DE DIAGNÓSTICOS		ANOS										TOTAL	
		2008		2009		2010		2011		2012			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	1	0,41	0	0,00	1	0,34	0	0,00	0	0,00	2	0,14
2	Gastroenterites infecciosas e complicações	10	4,13	12	4,35	15	5,07	6	2,00	5	1,62	48	3,37
3	Anemia	2	0,83	3	1,09	9	3,04	5	1,67	2	0,65	21	1,48
4	Deficiências nutricionais	1	0,41	2	0,72	3	1,01	5	1,67	6	1,94	17	1,19
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0,00	2	0,72	0	0,00	3	1,00	0	0,00	5	0,35
6	Pneumonia bacteriana	4	1,65	0	0,00	4	1,35	4	1,33	2	0,65	14	0,98
7	Asma	2	0,83	2	0,72	1	0,34	1	0,33	1	0,32	7	0,49
8	Doenças pulmonares	18	7,44	21	7,61	28	9,46	38	12,67	32	10,36	137	9,63
9	Hipertensão	8	3,31	13	4,71	12	4,05	12	4,00	9	2,91	54	3,79
10	Angina	33	13,64	34	12,32	40	13,51	40	13,33	50	16,18	197	13,84
11	Insuficiência cardíaca	80	33,06	95	34,42	81	27,36	103	34,33	110	35,60	469	32,96
12	Doenças cerebrovasculares	38	15,70	41	14,86	43	14,53	42	14,00	40	12,94	204	14,34
13	Diabetes mellitus	22	9,09	24	8,70	36	12,16	21	7,00	26	8,41	129	9,07
14	Epilepsias	2	0,83	3	1,09	5	1,69	1	0,33	3	0,97	14	0,98
15	Infecção no rim e trato urinário	7	2,89	11	3,99	8	2,70	10	3,33	15	4,85	51	3,58
16	Infecção de pele e tecido subcutâneo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,33	1	0,32	2	0,14
17	Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0,00	1	0,36	0	0,00	0	0,00	1	0,32	2	0,14
18	Úlcera gastrointestinal	14	5,79	12	4,35	10	3,38	8	2,67	6	1,94	50	3,51
TOTAL		242	100,00	276	100,00	296	100,00	300	100,00	309	100,00	1423	100,00

* Foram suprimidos os diagnósticos que não apresentaram nenhuma ocorrência nos anos de 2008 a 2012.

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Elaborada pela própria autora em 2014.

Gráfico 04 – Taxas de internações hospitalares, entre a população idosa do gênero feminino, 60 a 79 anos, residente em Passos-MG, segundo grupos de diagnósticos, no período de 2008 a 2012.

*Taxas por mil habitantes

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Elaborado pela própria autora em 2014.

Tabela 06 – Distribuição de frequência e proporção de internações por CSAP, entre a população idosa do gênero masculino, 60 a 79 anos, residentes em Passos-MG, segundo grupos de diagnósticos, no período de 2008 a 2012.

GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS		ANOS										TOTAL	
		2008		2009		2010		2011		2012			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2	Gastroenterites infecciosas e complicações	5	2,01	8	2,43	5	1,62	3	1,09	8	2,42	29	1,94
3	Anemia	3	1,20	5	1,52	4	1,29	2	0,73	3	0,91	17	1,14
4	Deficiências nutricionais	3	1,20	5	1,52	12	3,88	11	4,01	8	2,42	39	2,61
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0,00	1	0,30	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,07
6	Pneumonia bacteriana	6	2,41	1	0,30	7	2,27	8	2,92	8	2,42	30	2,01
7	Asma	1	0,40	0	0,00	0	0,00	1	0,36	0	0,00	2	0,13
8	Doenças pulmonares	20	8,03	43	13,07	26	8,41	40	14,60	39	11,78	168	11,26
9	Hipertensão	6	2,41	10	3,04	12	3,88	8	2,92	11	3,32	47	3,15
10	Angina	38	15,26	43	13,07	51	16,50	36	13,14	58	17,52	226	15,15
11	Insuficiência cardíaca	71	28,51	94	28,57	77	24,92	70	25,55	101	30,51	413	27,68
12	Doenças cerebrovasculares	45	18,07	59	17,93	60	19,42	48	17,52	45	13,60	257	17,23
13	Diabetes mellitus	16	6,43	23	6,99	22	7,12	26	9,49	28	8,46	115	7,71
14	Epilepsias	3	1,20	6	1,82	4	1,29	7	2,55	2	0,60	22	1,47
15	Infecção no rim e trato urinário	7	2,81	13	3,95	14	4,53	5	1,82	10	3,02	49	3,28
16	Infecção de pele e tecido subcutâneo	1	0,40	1	0,30	1	0,32	3	1,09	0	0,00	6	0,40
17	Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
18	Úlcera gastrointestinal	24	9,64	17	5,17	14	4,53	6	2,19	10	3,02	71	4,76
TOTAL		249	100,00	329	100,00	309	100,00	274	100,00	331	100,00	1492	100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Elaborada pela própria autora em 2014.

Gráfico 05 – Taxas de internações hospitalares, entre a população idosa do gênero masculino, 60 a 79 anos, residente em Passos-MG, segundo grupos de diagnósticos, no período de 2008 a 2012.

*Taxas por mil habitantes

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Elaborado pela própria autora em 2014.

A partir dos gráficos 04 e 05, que apresentam as taxas de internações da amostra em estudo, nos anos de 2008 a 2012 é possível perceber que, dentre os grupos de diagnósticos de CSAP, o da Insuficiência cardíaca destaca-se em ambos os gêneros,

sendo a principal causa de internação e apresentando tendência de aumento. Entre o gênero feminino (gráfico 04), observa-se que apenas em 2010 foi registrada uma queda no valor da taxa de internação, sendo que, entre o gênero masculino (gráfico 05), houve queda consecutiva nos anos de 2010 e 2011, porém o aumento registrado neste gênero, tanto em 2009 quanto em 2012, foi superior ao do gênero feminino nos mesmos anos.

Observa-se, ainda, ao atentar-se para os gráficos 04 e 05, que mais quatro grupos de CSAP foram relevantes para os dois gêneros. O primeiro deles foi o das Doenças cerebrovasculares, que apresentaram tendência à diminuição das taxas de internações, de 2008 a 2012, quer entre os idosos, quer entre as idosas. A mesma tendência é observada no grupo de Úlcera gastrointestinal, cujas taxas de internação entre a população em estudo diminuiu, sendo a queda mais acentuada referente ao gênero feminino.

Enquanto no gênero masculino, o grupo de Diabetes Mellitus tendeu ao aumento (gráfico 05) nos anos analisados, ao passo que no gênero feminino (gráfico 04) pode-se observar um movimento contrário, tendendo a uma leve diminuição nesse mesmo período.

O grupo da Angina, em ambos os gêneros, apresenta tendência crescente, alcançando as maiores taxas de internações entre os idosos em 2012. Essa mesma tendência de aumento é igualmente observada no grupo das Doenças pulmonares, e também foi comum aos gêneros feminino e masculino (gráficos 04 e 05).

Os demais grupos de CSAP apresentaram oscilações pequenas nas taxas de internação entre os idosos nos anos de 2008 a 2012.

5.1.2.2. Distribuição por faixa etária

Considerando a distribuição das internações dos idosos devidas às condições sensíveis ao nível primário de atenção à saúde, nos anos de 2008 a 2012, segundo a tabela 07, é possível observar que, proporcionalmente, as faixas etárias 70 a 74 anos e 65 a 69 anos foram as que apresentaram maior quantidade de internação. Contudo os registros de internações por CSAP apresentaram um aumento contínuo, em todo o período, apenas entre os idosos de 75 a 79 anos, enquanto que nas demais faixas etárias pode-se notar algum movimento de queda nos anos de 2010 e 2011.

Tabela 07 – Distribuição de frequência e proporção de internações por CSAP entre a população idosa de 60 a 79 anos, residentes em Passos-MG, no período de 2008 a 2012, segundo faixa etária.

FAIXA ETÁRIA (em anos)	ANOS										TOTAL	
	2008		2009		2010		2011		2012			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
60 a 64	122	24,85	167	27,60	137	22,64	128	22,30	136	21,25	690	23,67
65 a 69	114	23,22	148	24,46	143	23,64	150	26,13	167	26,09	722	24,77
70 a 74	148	30,14	171	28,26	182	30,08	151	26,31	178	27,81	830	28,47
75 a 79	107	21,79	119	19,67	143	23,64	145	25,26	159	24,84	673	23,09
TOTAL	491	100,00	605	100,00	605	100,00	574	100,00	640	100,00	2915	100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Elaborada pela própria autora em 2014.

No que diz respeito às taxas de internações por CSAP, partindo da análise do gráfico 06, nota-se uma tendência à redução dos valores apenas na faixa etária de 60 a 64 anos, sendo que para as faixas de 65 a 69 e 70 a 74, embora tenham registrado queda das taxas de internação em alguns anos, mantiveram uma tendência à elevação.

Gráfico 06 – Taxas de internações hospitalares, entre a população idosa, 60 a 79 anos, residente em Passos-MG, no período de 2008 a 2012, segundo faixa etária.

*Taxas por mil habitantes

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Elaborado pela própria autora em 2014.

Destacam-se, neste contexto, as taxas de internações por CSAP dos idosos com idade entre 75 a 79 anos, uma vez que, durante os anos de 2008 a 2012, manteve um movimento constante de aumento (gráfico 06).

Quanto à distribuição das internações dos idosos por CSAP, segundo os grupos de diagnósticos e faixa etária, nas tabelas a seguir pode-se observar que a Insuficiência cardíaca, a Angina, as Doenças Cerebrovasculares, as Doenças pulmonares e o Diabetes Mellitus estiveram, durante todos os anos estudados, entre as principais causas, alternando as proporções em cada faixa etária.

Referente à construção dos gráficos, é relevante destacar que, de acordo com os valores das taxas de internações por CSAP em cada faixa etária, as escalas apresentam valores limites diferentes, o que requer um cuidado especial na visualização dos resultados para comparação das ocorrências.

Tabela 08 – Distribuição de frequência e proporção de internações por CSAP entre a população idosa de 60 a 64 anos, residentes em Passos-MG, segundo grupos de diagnósticos, no período de 2008 a 2012.

GRUPO DE DIAGNÓSTICOS		ANOS										TOTAL	
		2008		2009		2010		2011		2012			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2	Gastroenterites infecciosas e complicações	2	1,64	8	4,79	4	2,92	3	2,34	2	1,47	19	2,75
3	Anemia	1	0,82	3	1,80	2	1,46	1	0,78	1	0,74	8	1,16
4	Deficiências nutricionais	0	0,00	1	0,60	2	1,46	4	3,13	0	0,00	7	1,01
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0,00	3	1,80	0	0,00	1	0,78	0	0,00	4	0,58
6	Pneumonia bacteriana	1	0,82	1	0,60	2	1,46	3	2,34	1	0,74	8	1,16
7	Asma	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,56	0	0,00	2	0,29
8	Doenças pulmonares	7	5,74	12	7,19	6	4,38	9	7,03	13	9,56	47	6,81
9	Hipertensão	4	3,28	6	3,59	8	5,84	7	5,47	8	5,88	33	4,78
10	Angina	19	15,57	28	16,77	29	21,17	26	20,31	26	19,12	128	18,55
11	Insuficiência cardíaca	42	34,43	48	28,74	30	21,90	22	17,19	39	28,68	181	26,23
12	Doenças cerebrovasculares	21	17,21	21	12,57	24	17,52	21	16,41	16	11,76	103	14,93
13	Diabetes mellitus	12	9,84	17	10,18	19	13,87	16	12,50	17	12,50	81	11,74
14	Epilepsias	2	1,64	5	2,99	3	2,19	5	3,91	1	0,74	16	2,32
15	Infecção no rim e trato urinário	1	0,82	8	4,79	4	2,92	2	1,56	6	4,41	21	3,04
16	Infecção de pele e tecido subcutâneo	0	0,00	1	0,60	0	0,00	2	1,56	1	0,74	4	0,58
17	Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,74	1	0,14
18	Úlcera gastrointestinal	10	8,20	5	2,99	4	2,92	4	3,13	4	2,94	27	3,91
TOTAL		122	100,00	167	100,00	137	100,00	128	100,00	136	100,00	690	100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Elaborada pela própria autora em 2014.

Das 690 internações de idosos por CSAP, de idade entre 60 a 64 anos, os grupos que se destacaram pelo maior número de ocorrência, no período analisado, foram o da Insuficiência cardíaca (26,23%), Angina (18,55%), Doenças cerebrovasculares (14,93%), Diabetes mellitus (11,74%), Doenças pulmonares (11,74%) e Hipertensão (4,78%). Todavia não houve internação, neste grupo etário, por Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, e foram responsáveis por menos de 1% das internações por CSAP os grupos das Doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos (0,14%), Asma (0,29%) e Infecção de pele e tecido subcutâneo (0,58%) (tabela 08).

O gráfico 07 demonstra as taxas de internações por CSAP, entre os idosos de 60 a 64 anos, onde se pode observar que, de 2008 a 2012, os grupos que apresentaram tendência de elevação foram Angina, Diabetes mellitus, Doenças Pulmonares, Hipertensão, Infecção no rim e trato urinário e Deficiências nutricionais, enquanto tenderam à queda as taxas de internações referentes aos grupos de Insuficiência Cardíaca, Doenças cerebrovasculares, Úlcera gastrointestinal e Epilepsias. Ressalta-se que apenas neste grupo as taxas de internações do grupo de Insuficiência cardíaca apresentou tendência à redução, como será demonstrado a seguir ao analisar as taxas de internações por essas causas nas demais faixas etárias.

Gráfico 07 – Taxas de internações hospitalares, entre a população idosa, 60 a 64 anos, residente em Passos-MG, no período de 2008 a 2012, segundo grupos de diagnósticos.

*Taxas por mil habitantes

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Elaborado pela própria autora em 2014.

As internações dos idosos de 65 a 69 anos apresentaram proporções distintas da faixa etária anterior, embora os principais grupos de causas tenham sido os mesmos, mas em ordem diferente. Na tabela 09, é possível notar que o grupo da Insuficiência cardíaca (29,09%) continua ocupando o primeiro lugar dentre as causas de internações, seguido pelo das Doenças cerebrovasculares (15,51%), Angina (14,82%), Doenças pulmonares (11,77%), Diabetes mellitus (8,73%) e Infecções nos rins e trato urinário (3,74%).

Não houve internação de idosos nesta faixa etária por Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos, e apenas um registro, durante todo o período, de internação por Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis (0,14), Infecção de pele e tecido subcutâneo (0,14) e Infecções de ouvido, nariz e garganta (0,14) (tabela 09).

As taxas de internação dos idosos de 65 a 69 anos, no período de 2008 a 2012, conforme demonstrado no gráfico 08, referente aos grupos de diagnósticos de Doenças nutricionais, Pneumonia bacteriana, Doenças pulmonares, Angina e Insuficiência cardíaca, com especial destaque a estes dois últimos, apresentaram tendência de aumento. Já as taxas dos grupos de Gastroenterites infecciosas e complicações, Anemia, Asma, Hipertensão, Doenças cerebrovasculares, Infecção de pele e tecido subcutâneo, e Úlcera gastrointestinal reduziram no período estudado. Os demais grupos sofreram pequenas alterações ao longo do período estudado, observando uma constância nos valores das taxas (gráfico 08).

Tabela 09 – Distribuição de frequência e proporção de internações por CSAP entre a população idosa de 65 a 69 anos, residentes em Passos-MG, segundo grupos de diagnósticos, no período de 2008 a 2012.

GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS		ANOS										TOTAL	
		2008		2009		2010		2011		2012			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	0	0,00	0	0,00	1	0,70	0	0,00	0	0,00	1	0,14
2	Gastroenterites infecciosas e complicações	5	4,39	4	2,70	5	3,50	2	1,33	4	2,40	20	2,77
3	Anemia	3	2,63	1	0,68	1	0,70	2	1,33	1	0,60	8	1,11
4	Deficiências nutricionais	1	0,88	4	2,70	2	1,40	3	2,00	4	2,40	14	1,94
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,67	0	0,00	1	0,14
6	Pneumonia bacteriana	4	3,51	0	0,00	2	1,40	3	2,00	4	2,40	13	1,80
7	Asma	2	1,75	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,28
8	Doenças pulmonares	11	9,65	17	11,49	14	9,79	24	16,00	19	11,38	85	11,77
9	Hipertensão	5	4,39	10	6,76	4	2,80	2	1,33	1	0,60	22	3,05
10	Angina	10	8,77	20	13,51	29	20,28	19	12,67	29	17,37	107	14,82
11	Insuficiência cardíaca	24	21,05	43	29,05	40	27,97	48	32,00	55	32,93	210	29,09
12	Doenças cerebrovasculares	23	20,18	19	12,84	25	17,48	22	14,67	23	13,77	112	15,51
13	Diabetes mellitus	8	7,02	16	10,81	12	8,39	16	10,67	11	6,59	63	8,73
14	Epilepsias	2	1,75	3	2,03	1	0,70	2	1,33	3	1,80	11	1,52
15	Infecção no rim e trato urinário	6	5,26	5	3,38	5	3,50	1	0,67	10	5,99	27	3,74
16	Infecção de pele e tecido subcutâneo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,67	0	0,00	1	0,14
17	Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
18	Úlcera gastrointestinal	10	8,77	6	4,05	2	1,40	4	2,67	3	1,80	25	3,46
TOTAL		114	100,00	148	100,00	143	100,00	150	100,00	167	100,00	722	100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Elaborada pela própria autora em 2014.

Gráfico 08 – Taxas de internações hospitalares, entre a população idosa, 65 a 69 anos, residente em Passos-MG, no período de 2008 a 2012, segundo grupos de diagnósticos.

*Taxas por mil habitantes

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Elaborado pela própria autora em 2014.

Na faixa etária de 70 a 74 anos, as internações dos idosos, nos anos de 2008 a 2012, por CSAP apresentou distribuição similar às dos idosos da faixa etária anterior,

sendo que os grupos responsáveis pelas maiores proporções foram a Insuficiência cardíaca (30,60%), Doenças cerebrovasculares (17,35%), Angina (14,10%), Doenças pulmonares (11,20%), Diabetes mellitus (7,71%) e Úlcera gastrointestinal (4,46%) (tabela 10).

Dentre os grupos que tiveram as menores ocorrências de internações estão as Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis (0,12%), Infecções de ouvido, nariz e garganta (0,12%) e Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos (0,12%) (tabela 10).

Todavia as taxas de internações por CSAP referentes aos idosos de 70 a 74 anos, expostas no gráfico 09, demonstram que os grupos de Deficiências nutricionais, Hipertensão, Angina, Diabetes mellitus e Insuficiência Cardíaca apresentaram tendência de aumento nos anos de 2008 a 2012.

No mesmo período, observa-se tendência de redução das taxas nos grupos de Gastroenterites infecciosas e complicações, Asma, Doenças cerebrovasculares, Infecção no rim e trato urinário, Infecção de pele e tecido subcutâneo e Úlcera gastrointestinal. Já nos demais grupos as variações nas taxas de internações foram pequenas (gráfico 09).

Tabela 10 – Distribuição de frequência e proporção de internações por CSAP entre a população idosa de 70 a 74 anos, residentes em Passos-MG, segundo grupos de diagnósticos, no período de 2008 a 2012.

GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS		ANOS										TOTAL	
		2008		2009		2010		2011		2012			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	1	0,68	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,12
2	Gastroenterites infecciosas e complicações	6	4,05	7	4,09	8	4,40	1	0,66	4	2,25	26	3,13
3	Anemia	1	0,68	0	0,00	4	2,20	0	0,00	0	0,00	5	0,60
4	Deficiências nutricionais	1	0,68	1	0,58	6	3,30	3	1,99	4	2,25	15	1,81
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,66	0	0,00	1	0,12
6	Pneumonia bacteriana	4	2,70	0	0,00	3	1,65	4	2,65	2	1,12	13	1,57
7	Asma	1	0,68	0	0,00	1	0,55	0	0,00	0	0,00	2	0,24
8	Doenças pulmonares	12	8,11	26	15,20	19	10,44	20	13,25	16	8,99	93	11,20
9	Hipertensão	3	2,03	6	3,51	4	2,20	8	5,30	5	2,81	26	3,13
10	Angina	23	15,54	16	9,36	18	9,89	23	15,23	37	20,79	117	14,10
11	Insuficiência cardíaca	48	32,43	54	31,58	48	26,37	40	26,49	64	35,96	254	30,60
12	Doenças cerebrovasculares	25	16,89	34	19,88	31	17,03	31	20,53	23	12,92	144	17,35
13	Diabetes mellitus	9	6,08	9	5,26	19	10,44	10	6,62	17	9,55	64	7,71
14	Epilepsias	0	0,00	1	0,58	3	1,65	1	0,66	0	0,00	5	0,60
15	Infecção no rim e trato urinário	3	2,03	7	4,09	5	2,75	6	3,97	2	1,12	23	2,77
16	Infecção de pele e tecido subcutâneo	1	0,68	0	0,00	1	0,55	1	0,66	0	0,00	3	0,36
17	Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0,00	1	0,58	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,12
18	Úlcera gastrointestinal	10	6,76	9	5,26	12	6,59	2	1,32	4	2,25	37	4,46
TOTAL		148	100,00	171	100,00	182	100,00	151	100,00	178	100,00	830	100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Elaborada pela própria autora em 2014.

Gráfico 09 – Taxas de internações hospitalares, entre a população idosa, 70 a 74 anos, residente em Passos-MG, no período de 2008 a 2012, segundo grupos de diagnósticos.

*Taxas por mil habitantes

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Elaborado pela própria autora em 2014.

Ao analisar a tabela 11, é possível observar que, dentre os idosos na faixa etária de 75 a 79 anos, de 2008 a 2012, houve um crescimento contínuo do número de

internações por CSAP, passando de 107 no primeiro ano estudado para 159 no último. A distribuição de proporção de internações diverge das demais, destacando-se que a Insuficiência cardíaca, responsável por 35,22% das internações, atinge, nesta população, a maior proporção quando comparado com as demais faixas etárias. Em seguida estão as Doenças cerebrovasculares (15,16%), as Doenças pulmonares (11,89%), a Angina (10,55%), o Diabetes mellitus (5,55%) e a Úlcera gastrointestinal (4,75%).

Nos anos selecionados para a pesquisa, não houve registros de internações, nesta faixa etária, por Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, Infecções de ouvido, nariz e garganta, Infecção de pele e tecido subcutâneo e Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos (tabela 11).

Apenas os grupos de Angina e Úlcera gastrointestinal apresentaram tendência de queda das taxas de internações, o que pode ser visto no gráfico 10. Quanto aos grupos com tendência a aumento nas taxas de internações, estão as Gastroenterites infecciosas e complicações, Anemia, Deficiências nutricionais, Pneumonia bacteriana, Hipertensão, Doenças cerebrovasculares, Infecção no rim e trato urinário, Doenças pulmonares e Insuficiência Cardíaca. Dentre eles destacam-se estes dois últimos, responsáveis pelos maiores aumentos das taxas no período de 2008 a 2012.

Tabela 11 – Distribuição de frequência e proporção de internações por CSAP entre a população idosa de 75 a 79 anos, residentes em Passos-MG, segundo grupos de diagnósticos, no período de 2008 a 2012.

GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS		ANOS										TOTAL	
		2008		2009		2010		2011		2012			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2	Gastroenterites infecciosas e complicações	2	1,87	1	0,84	3	2,10	3	2,07	3	1,89	12	1,78
3	Anemia	0	0,00	4	3,36	6	4,20	4	2,76	3	1,89	17	2,53
4	Deficiências nutricionais	2	1,87	1	0,84	5	3,50	6	4,14	6	3,77	20	2,97
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
6	Pneumonia bacteriana	1	0,93	0	0,00	4	2,80	2	1,38	3	1,89	10	1,49
7	Asma	0	0,00	2	1,68	0	0,00	0	0,00	1	0,63	3	0,45
8	Doenças pulmonares	8	7,48	9	7,56	15	10,49	25	17,24	23	14,47	80	11,89
9	Hipertensão	2	1,87	1	0,84	8	5,59	3	2,07	6	3,77	20	2,97
10	Angina	19	17,76	13	10,92	15	10,49	8	5,52	16	10,06	71	10,55
11	Insuficiência cardíaca	37	34,58	44	36,97	40	27,97	63	43,45	53	33,33	237	35,22
12	Doenças cerebrovasculares	14	13,08	26	21,85	23	16,08	16	11,03	23	14,47	102	15,16
13	Diabetes mellitus	9	8,41	5	4,20	8	5,59	5	3,45	9	5,66	36	5,35
14	Epilepsias	1	0,93	0	0,00	2	1,40	0	0,00	1	0,63	4	0,59
15	Infecção no rim e trato urinário	4	3,74	4	3,36	8	5,59	6	4,14	7	4,40	29	4,31
16	Infecção de pele e tecido subcutâneo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
17	Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
18	Úlcera gastrointestinal	8	7,48	9	7,56	6	4,20	4	2,76	5	3,14	32	4,75
TOTAL		107	100,00	119	100,00	143	100,00	145	100,00	159	100,00	673	100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Elaborada pela própria autora em 2014.

Gráfico 10 – Taxas de internações hospitalares, entre a população idosa, 75 a 79 anos, residente em Passos-MG, no período de 2008 a 2012, segundo grupos de diagnósticos.

*Taxas por mil habitantes

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Elaborado pela própria autora em 2014.

6. DISCUSSÃO

A discussão dos dados será realizada conforme a sequência utilizada na exposição dos resultados. Inicialmente será discutido sobre as principais causas de internação da população idosa de 60 a 79 anos, residente no município de Passos-MG, durante os anos de 2008 a 2012, por grupos de diagnósticos, classificados segundo a Lista brasileira de CSAP. Em seguida serão discutidas as internações dos idosos, no município estudado, por grupos de CSAP segundo a distribuição por gênero e faixa etária, no período selecionado.

6.1. Análise das internações hospitalares por CSAP entre a população idosa (60 a 79 anos), residente no município de Passos-MG, no período de 2008 a 2012.

6.1.1. Identificação das principais causas das internações por CSAP da população idosa (60 a 79 anos), residente no município de Passos-MG, no período de 2008 a 2012.

Com relação à morbidade hospitalar, de 2008 a 2012, no Brasil, das 43.808.921 de internações ocorridas por meio do SUS, 21,12% (9.250.937) foram entre população de 60 a 79 anos. Nesse mesmo período, para o Estado de Minas Gerias, essa proporção chegou a 24,09% (1.114.242) de um total de 4.625.688 internações. Superando as médias Nacionais e Estaduais, no município de Passos as internações dos idosos na faixa etária em questão corresponderam a 26,83% (8.364) das 31.172 ocorridas nos cinco anos estudados (BRASIL, 2015a).

O resultado de uma pesquisa realizada por Pagotto, Silveira e Velasco (2013), em Goiânia, entre 2008 a 2009, sobre o perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS, apontou uma proporção de 24,4% de internações nessa população.

A tendência de aumento do número geral de registros de internações entre os idosos, de 60 a 79 anos, no município de Passos, durante os cinco anos analisados neste estudo, passando de 1.251 para 1.872 ocorrências, é igualmente observada a partir dos

dados do DATASUS, para todo o Estado de Minas Gerais, com 208.706 internações em 2008, chegando a 237.669 em 2012 (BRASIL, 2015a).

Associado a esse aumento de internações entre a população idosa, encontram-se na literatura nacional e internacional justificativas relacionadas ao acelerado processo de envelhecimento vivenciado, atualmente, em todo o mundo, que implica, diretamente, a alteração do perfil epidemiológico, com prevalência de um número maior de pessoas idosas, por sua vez, na grande maioria, acometidas por condições crônicas e que, consequentemente, demandam mais dos serviços de saúde e elevam as taxas de internação hospitalar (MURARO et. al., 2013; GÓIS; VERAS, 2010; VERAS, 2012; CHANDRA; GRUBER; MCKINIGHT, 2010).

Girondi et. al (2013) e Victor et al. (2009) afirmam que os indivíduos com mais de 60 anos têm índices de morbidade mais elevados, em especial pelo fato de serem acometidos por condições crônicas de saúde. Os autores apontam ainda que, associados ao processo de envelhecimento, aumentam os riscos de incidência de diversos agravos e doenças em função das próprias alterações biológicas, como também pela exposição aos agentes patógenos por um longo período.

Para Mendes (2012), as condições agudas manifestam-se por meio de eventos agudos, porém, em determinados períodos da história da doença, as condições crônicas também podem ser marcadas por eventos agudos, decorrentes, muitas vezes, do mau manejo dessas condições crônicas, especialmente na APS. O autor cita ainda, como exemplo, manifestações de emergências hipertensivas.

Ao analisar o perfil de morbidade dos idosos, de modo geral os agravos mais prevalentes são aqueles relacionados às condições crônicas, conforme já apresentado ao longo deste trabalho e explícitos nos resultados da pesquisa. As agudizações dessas condições, quer sejam decorrentes da falta de manejo adequado, quer pelas questões relacionadas com às alterações fisiológicas presentes no idoso, fazem com que o risco de internação seja maior nessa população.

No concernente às internações hospitalares, diversos autores apontam que entre os idosos os registros são, em geral, superiores às demais faixas etárias (GÓIS; VERAS, 2010; MOTTA; HANSEL; SILVA, 2010; GARBINATO L.R., et al., 2007).

Motta, Hansel e Silva (2010), nesse sentido, afirmam que os idosos utilizam mais os serviços de saúde e as taxas de internações hospitalares são maiores nessa população quando comparadas às outras. Todavia essa realidade permite que surjam questionamentos quanto à eficiência dos programas e modelos atuais de atenção à saúde

do idoso, pois o grande número de internações dos idosos, embora se relacionem com questões concernentes ao processo de envelhecimento, pode ser ainda reflexo da ineficiência e fragilidade dos serviços de saúde (SILVEIRA et. al, 2013; VERAS, 2012; SANTOS, 2007).

Ao tratar das consequências advindas da transição demográfica vivida em todo o mundo, marcada pelo acelerado processo de envelhecimento populacional, Mendes (2012) afirma que um dos maiores problemas a ser enfrentado é a inadequação da situação epidemiológica atual, dominada pelas condições crônicas, frente a um sistema de atenção à saúde configurado para atender às condições agudas e aos eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas.

Dessa forma, diante da complexidade e especificidade que envolve o indivíduo no processo de envelhecer, os atuais modelos de atenção à saúde apresentam-se insuficientes para gerar saúde e melhorias efetivas à qualidade de vida dos idosos. A experiência da prática nos serviços de saúde permite perceber que ainda está presente no SUS uma atenção muito fragmentada, centralizada na doença, com grande prevalência do modelo hegemônico. Urge a necessidade de avaliar atenciosamente os resultados alcançados com tais modelos a fim de que se possam estudar quais são as melhores estratégias para, de fato, produzir-se saúde.

Veras et al. (2014) defendem a ideia de que os modelos de atenção à saúde voltados para os idosos precisam ser centrados na pessoa, dadas as necessidades que eles possuem devido às suas características sociofamiliares e clínico-funcionais, muito peculiares, que demandam uma atenção integral e coordenada.

O Ministério da Saúde, ao considerar a ESF como prioritária para reorganização da APS no Brasil, e ainda a experiência de diversos países a respeito do impacto desse nível de atenção à saúde na redução das internações por CSAP, tendo em vista a necessidade da criação de uma lista que refletisse as diversidades das condições de saúde e doença no território nacional, publicou em 2008 a Lista Brasileira de CSAP, por meio da Portaria nº 221, de 17 de abril d 2008, e, em seu artigo 2º, definiu que

a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal (BRASIL, 2008).

Entretanto nesse dispositivo legal não há menção às restrições e ou limites de utilização do indicador como, por exemplo, a sensibilidade de alguns diagnósticos a uma parte específica da população, fazendo com que eles passem a ser considerados para os indivíduos em geral, o que pode ocasionar equívocos relevantes na avaliação dos serviços de saúde, em especial do nível primário, a partir das internações por CSAP.

Tomando como público alvo a população idosa, para análise dos dados é imprescindível observar algumas considerações feitas por Alfradique et. al. (2009), quando da construção da Lista Brasileira de CSAP. Para os autores, as internações por Coqueluche, Febre reumática e Tétano (excluindo o tétano obstétrico e do recém-nascido) são classificadas como sensíveis à APS para indivíduos maiores de 1 ano e menores de 5 anos; a Meningite por *Haemophilus* e a Deficiência de ferro, para menores de 5 anos; a Hepatite B aguda e crônica para menores de 20 anos. Já a doença pulmonar obstrutiva crônica, a angina, a insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão e doenças cerebrovasculares são condições sensíveis ao nível primário de atenção à saúde para pessoas com idade maior ou igual a 65 anos.

De acordo com estudos realizados, as internações por CSAP guardam estreita ligação com a idade, e as maiores taxas são encontradas nos dois extremos, crianças e idosos (NESCON, 2012; FERNANDES et al., 2009). O perfil dessas internações também varia conforme a faixa etária, podendo ser observada a prevalência de certos grupos de diagnósticos em algumas populações específicas, como, por exemplo, Gastroenterites infecciosas e complicações, Pneumonias bacterianas e Asma, mais comuns entre as crianças, e Insuficiência Cardíaca, Angina, Doenças cerebrovasculares e Doenças pulmonares, entre os idosos (MEDINA et al., 2010; BARRETO; NERY; COSTA, 2012; ROMERO et al., 2014; MARQUES, 2012; KANSO et al., 2013).

Quanto às internações dos idosos, de 60 a 79 anos, por CSAP, no município estudado, foi apontado na presente pesquisa que houve uma pequena oscilação das taxas por essas condições ao longo do período analisado. Elas corresponderam a um percentual de 34,85% do total das internações entre idosos nos anos de 2008 a 2012. Contrariamente a esses resultados, foi encontrado um estudo sobre as internações por CSAP na população idosa, de 60 a 74 anos, no estado Rio de Janeiro, em que foi registrada uma queda de 16,8%, no período de 2000 a 2010 (MARQUES, 2012).

Ao analisar as internações por CSAP no Brasil, NESCON (2012) identificou que no país e em todas as regiões houve uma tendência à redução das taxas, sendo que o Sudeste destacou-se pelos menores valores.

Muraro et. al. (2013), ao analisarem as internações por CSAP na população de 60 a 80 anos ou mais, na cidade de Caxias do Sul, nos anos anteriores à implantação da ESF (2000-2003) e nos anos posteriores (2005-2007), identificaram que, de um total de 26.743 internações, 7.309 (27,3%) foram relacionadas a algum diagnóstico de CSAP e, ainda, que nos anos estudados ocorreu redução dos coeficientes e dos percentuais. Segundo esses autores, tal redução das internações por CSAP coincidem com o período de implantação de ESF no município, e, embora apresentasse cobertura de apenas 24% da população, essa estratégia pode ter contribuído para o resultado, pois a diminuição das internações não ocorreu por mera casualidade. Os autores acreditam que o aumento da cobertura possa contribuir para a melhoria na saúde da população como também impactar positivamente na redução das internações por CSAP.

Em Passos, embora tenha ocorrido redução nas taxas de internações por CSAP entre os anos de 2009 a 2011, o número de equipes de saúde da família não se alterou. Havia no município, em todo o período, 9 UBS, 17 unidades de ESF, que em maio de 2010 passaram a ser apoiadas por dois NASF, tendo sido, de 2008 a 2012, a cobertura assistencial de APS de 71% (PASSOS, 2014). Nos anos de 2010 e 2011, ocorreram quedas consecutivas nas taxas de internação dos idosos por CSAP, que podem ser resultantes desse processo de fortalecimento da APS municipal por meio dos núcleos de apoio.

Ao se pensar no processo de trabalho na APS, considerando a importância das relações construídas entre profissionais-usuário e profissionais-profissionais, pode-se inferir que mudanças qualitativas ocorridas dentro dos serviços de saúde nesse período possam ter contribuído para a redução das taxas de internações por CSAP.

A relação entre a diminuição das internações do CSAP e a elevada cobertura de APS já havia sido descrita em alguns trabalhos sobre a temática, demonstrando o impacto das ações empreendidas pelo nível primário de atenção sobre a saúde da população (BOING et al., 2012; MACINKO, et al., 2004).

Contudo muitos autores afirmam que, independentemente do modelo de atenção adotado, a exemplo de Alemanha, Espanha, França, Canadá e EUA, as taxas de internação por CSAP tendem a reduzir mediante a oferta de uma APS organizada e efetiva (BURGDORF; SUNDMACHER, 2014; EGGLI et al., 2014; GUSMANO et al., 2014; ROOS et al., 2005). Segundo Alfradique et al. (2009), a APS deve reduzir internações por complicações agudas, readmissões hospitalares e o tempo de permanência na internação.

Nesse sentido é necessário considerar ainda alguns pontos discutidos por Alfradique et al. (2009), em que os autores apontam as diferentes possibilidades de atuação da APS frente às condições sensíveis. Quanto às doenças imunopreveníveis, os autores afirmam ser possível evitar a doença, e não necessariamente a internação do indivíduo acometido por algumas delas; já acerca das doenças infecciosas e aos casos agudos, afirmam que são condições preveníveis e que suas complicações podem ser controladas na APS; por fim, no que diz respeito às condições crônicas, os autores defendem que elas podem ser controladas no nível primário de atenção à saúde, sendo que este grupo de condições é responsável por uma ampla utilização dos serviços de saúde, e as internações poderiam indicar barreiras de acesso, falta de manejo adequado ou de adesão ao tratamento.

Em um estudo realizado sobre CSAP, no Estado do Rio Grande do Sul, Dias-da-Costa et. al. (2010) descobriram que, naquele contexto, as internações por essas causas guardavam relação inversamente proporcional com o tamanho do município e com a disponibilidade de leitos, confirmando a Lei de Roemer, que defende que a oferta de tecnologia em saúde induz a demanda.

Assim, na presente pesquisa, ao analisar comparativamente a evolução temporal das taxas de internações dos idosos por CSAP e a disponibilidade de leitos, observa-se também que, os anos em que foram registradas elevações das taxas, de 2008 e 2012, coincidem com períodos em que houve aumento do número de leitos SUS no município de Passos. Segundo dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, por meio do site do DATASUS, houve um aumento de 269 para 284 leitos SUS no ano de 2008, entre 2009 e 2010 passaram a 272 leitos SUS, subindo, no final de 2010, para 289. Em 2011 havia 297, e no final do período, no ano de 2012, os leitos SUS totalizaram 298 (BRASIL, 2015b).

Todavia diversos autores apontam outros fatores, externos ao setor da saúde, como relacionados às proporções de internações por CSAP, como, por exemplo, saneamento básico, escolaridade, condição socioeconômica, fatores culturais etc. (BATISTA et. al., 2012; ROMERO et. al., 2014, FERNANDES et al., 2009).

Referente às principais causas de internação dos idosos por CSAP no município de Passos, o estudo apontou que 64,04% foram em função das doenças do aparelho circulatório e, 12,28%, das do aparelho respiratório.

Corroboram esses dados os resultados obtidos por Marques (2012), ao estudar a mesma temática no Estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2000 a 2010, em que as

internações por doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório foram as principais CSAP que levaram os idosos à hospitalização. Essas causas, juntamente com as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, segundo a autora, corresponderam a 70% do total de internações de idosos entre 60 a 74 anos por CSAP no período analisado no Rio de Janeiro.

Em uma pesquisa realizada nos anos de 2002 a 2005 e de 2006 a 2009, Rodrigues-Bastos et al. (2013) identificaram que no município de Juiz de Fora/MG as causas mais frequentes de internações por CSAP também foram por insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e angina.

Esses dados são preocupantes na discussão da saúde de idoso, pois, no Brasil, alguns estudos mostram que as maiores taxas de mortalidade nessa população estão relacionadas às doenças do aparelho circulatório, respiratório e às neoplasias (CARVALHO et al., 2014; SILVA et. al., 2012).

Analizando os dados encontrados neste estudo quanto às internações segundo os grupos de diagnósticos, a Insuficiência cardíaca desponta com maior destaque ao ser responsável por 30,26% do total das interações dos idosos por CSAP, no período de 2008 a 2012. Em seguida estão os grupos das Doenças cerebrovasculares, que correspondem a 15,81%, e da Angina, com 14,51% das internações estudadas.

Quanto às taxas de internações por CSAP entre os idosos, de 2008 a 2012, observa-se que o grupo da Insuficiência Cardíaca, da Angina, das Doenças pulmonares e do Diabetes mellitus destacam-se com tendência ao aumento, enquanto que o grupo das Doenças Cerebrovasculares e da Úlcera Gastrointestinal apresentaram tendência a queda.

O predomínio desses grupos também foi apontado em diversos estudos nacionais relacionados à morbidade e mortalidade da população idosa por CSAP, variando apenas a ordem de prevalência (MURARO et al., 2013; MARQUES, 2012; KANSO et al., 2013).

Fernandes et al. (2009) ressaltam que, devido às diferenças das listas de internações por CSAP adotadas fora do Brasil, pois tanto na Europa quanto nos Estados Unidos as condições foram classificadas de acordo com a nona Classificação Internacional de Doenças (CID-9), enquanto que no Brasil foi utilizada a décima (CID-10), há uma grande dificuldade para se comparar os valores referentes às causas de internações no cenário nacional e internacional. No entanto o padrão de maior

prevalência de internações referente ao grupo da Insuficiência cardíaca é comum entre esses países.

Os resultados obtidos por Marques et al. (2014), em um estudo realizado no Rio de Janeiro acerca das internações dos idosos de 60 a 74 anos por CSAP, identificaram que, dentre as doenças do aparelho circulatório, a Insuficiência cardíaca foi a mais frequente nos anos de 2000 e de 2010.

Segundo Zaslavsky (2002), cuidados com a saúde que podem ser empreendidos no nível primário de atenção, como, por exemplo, o efetivo controle da Hipertensão, evitariam o surgimento da Insuficiência cardíaca e de outras do aparelho circulatório, ou, ainda, nos casos em que as doenças já estiverem instaladas, poderiam evitar suas complicações. A insuficiência cardíaca, além de ser apontada como uma das principais causas de internação e de óbito entre a população idosa, é ainda considerada pelo autor como a mais grave consequência do envelhecimento do sistema circulatório.

Dentro do contexto das internações por CSAP relacionadas ao aparelho circulatório, está também o grupo da Hipertensão, que, embora tenha apresentado uma proporção de internação pequena (3,46%) se comparado aos outros três expostos acima, é de grande relevância epidemiológica, pois, se não for devidamente controlada, pode resultar em acometimento cardíaco, cerebral, vascular periférico e renal (BRASIL, 2011a).

Sobre a Hipertensão, Ferreira (2014, p. 28) afirma que:

é uma condição de saúde que serviços de APS teriam capacidade resolutive para minimizar agravos, principalmente com incentivo da adesão terapêutica e mudança de hábitos de vida, monitorização e controle da pressão arterial minimizando possíveis internações derivadas de agudizações e agravamentos, além da detecção precoce de sinais de hipertensão, dentre outras atividades, como grupos educacionais e de apoio ao usuário com doenças crônicas não transmissíveis, dispensação de medicamentos, atividades de lazer e prática de exercícios físicos.

Martine e Franco (2013), em um estudo sobre condições cardiológicas sensíveis à APS, refletem sobre o fato de que as internações por essas causas são, na verdade, apenas parte de uma demanda que não foi efetivamente resolvida no nível primário de atenção, pois o número de atendimentos realizados no setor terciário, devido a algum quadro de descompensação clínica dessas doenças, é muito maior, uma vez que nem todo atendimento gera internação. Por esse motivo os autores defendem a ideia de que, a fim de conhecer a real magnitude dos problemas assistenciais da APS relacionados a

essas causas, seria importante analisar toda a demanda que chega aos outros níveis de atenção à saúde e que são liberadas após avaliação clínica, manejo e/ou observação.

Em relação à procura do serviço terciário devido a alguma queixa relacionada a essas causas, os autores supracitados descrevem que houve predomínio de indivíduos na faixa etária de 40 a 59, e justificam tal achado pelo fato de que pessoas economicamente ativas são mais expostas e vulneráveis a agravos à saúde. Todavia a população que mais internou foi a idosa, com idade igual ou superior a 60 anos, comprovando o que afirmam os autores como Góis e Veras (2010) e Costa et al. (2010) no concernente ao agravamento das doenças cardiovasculares com o avançar da idade.

As doenças cerebrovasculares, apesar da tendência à redução, também se destacaram neste estudo, sendo a segunda causa de internação por CSAP entre a população idosa, nos anos de 2008 a 2011, caindo para terceira apenas em 2012. Resultados similares foram observados por Marques et al. (2014), em que os autores identificaram, entre os idosos residentes no Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2000 a 2010, que 50% das internações por CSAP foram por Insuficiência Cardíaca, doenças cerebrovasculares e doenças pulmonares.

As taxas de internações por doenças cerebrovasculares entre os idosos residentes em Passos, mesmo que a partir de 2009 tenham apresentado constante tendência à redução, passando em 2011 de segunda para terceira causa de internação por CSAP na população estudada, continua sendo de grande relevância na análise de saúde do idoso. Igual tendência é encontrada na literatura em diversos estudos, como apontam Marques et al. (2014), Boing et al. (2012), Marques (2012).

O acidente vascular cerebral é a principal forma de doenças cerebrovasculares, podendo ser classificado como isquêmico ou hemorrágico. Além da significativa importância a partir dos 40 anos de idade, é relevante o número de internações, sequelas e óbitos por essa causa a partir de 65 anos. Para demonstrar o impacto dessas doenças entre os idosos, em um estudo realizado no Paraná os resultados indicaram que, dos 5834 óbitos por essas causas, 76,9% ocorreram na faixa etária de 65 anos ou mais (FURUKAWA et al., 2011).

Analisando as taxas de internações dos idosos por Angina, observa-se que durante os anos de 2008 a 2010 ela se manteve como a terceira causa de internações por CSAP, caindo para quarto lugar em 2011, porém, no final do período estudado, ela passa a ocupar o segundo lugar devido ao aumento acentuado do número de ocorrências.

Rehem e Egry (2011), ao estudarem as internações por CSAP no Estado de São Paulo, descrevem também um aumento das internações por angina nos anos de 2006 e 2008.

Contrariamente a essa tendência, em um estudo realizado por Marques (2012) a autora descreve um comportamento bastante heterogêneo quanto às taxas de internação por angina entre os idosos no Estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2000 a 2010, destacando que, embora tenha ocorrido um ligeiro aumento dos valores nos anos de 2003 a 2005, a partir de 2006 foi registrada uma diminuição acentuada das taxas.

Entretanto, na literatura, faltam estudos epidemiológicos que abordem a questão das internações por Angina enquanto uma condição sensível e especificamente voltada à população de 60 anos ou mais. Mesmo em pesquisas que identificaram taxas de internações relativas ao grupo da angina, não há um aprofundamento na discussão sobre os achados (MARQUES et al., 2014; ROMERO et al., 2014; MARQUES, 2012).

Mansur et al. (2007) apontam que a frequente exclusão dos idosos em grande parte dos grandes estudos clínicos dificulta muito o estabelecimento de condutas terapêuticas para essa população frente aos diversos problemas de saúde por eles enfrentados.

Assim, na busca por compreender as elevadas taxas de internação dos idosos por Angina, é importante considerar a definição dessa patologia dada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, que afirma:

A angina é uma síndrome clínica caracterizada por dor ou desconforto em qualquer das seguintes regiões: tórax, epigástrico, mandíbula, ombro, dorso ou membros superiores, sendo tipicamente desencadeada ou agravada com atividade física ou estresse emocional e atenuada com uso de nitroglicerina e derivados (MANSUR et al., 2004, p. 7).

Contudo o idoso pode apresentar características diferentes, tanto na manifestação das doenças, quanto na resposta à terapêutica e no efeito colateral do medicamento utilizado para tratamento, o que dificulta a realização do diagnóstico. Enquanto nas populações mais jovens as queixas mais frequentes são de angina relacionada com esforços, no idoso a manifestação da angina pode ser menos intensa, ou mesmo nem ocorrer, isso devido à menor atividade física, fato comum nessa população. As manifestações clínicas no idoso podem incluir queixas como dispnéia, síncope, tonturas, palpitações, dentre outras (MANSUR et al., 2004).

Mock³ (1983, apud MANSUR et al., 2004) destaca ainda a necessidade de diferenciar-se a dor anginosa do idosos de outras causas de dor torácica, tais como musculoesquelética, de etiologia gástrica, dores pleurais, pericárdicas e ainda relacionadas a distúrbios psiquiátricos.

Portanto é imprescindível que os profissionais que atuam na APS tenham um olhar apurado no atendimento e cuidado da pessoa idosa para que, além das ações de promoção da saúde, quando se depararem com alguma queixa que possa estar relacionada a esse grupo de causa as ações cabíveis sejam empreendidas de maneira efetiva para que não haja a necessidade de internação.

Entretanto é cabível refletir sobre até que ponto a APS tem capacidade de resolução frente a essa condição, considerando a realidade do sistema de saúde brasileiro, em especial quanto às limitações presentes no nível primário de atenção à saúde referentes aos precários recursos físicos, à falta de capacitação dos profissionais para o cuidado do idoso, e, ainda, que, em algumas vezes, o manejo clínico adequado requeira uma complexidade maior.

Soma-se a tudo isso outro importante aspecto concernente à forma de utilização dos serviços de saúde por parte dos usuários, pois, conforme relatado por Martins (2012), entre as pessoas que procuraram atendimento no setor hospitalar devido à insuficiência cardíaca, hipertensão e angina, 57% chegaram ao serviço sem encaminhamento, espontaneamente.

As taxas de internação dos idosos por doenças pulmonares apresentaram grande tendência a aumento, de 2008 a 2009, no município estudado. Esse grupo de causas passou de 7,74% para 11,09% do total de internações por CSAP, entre indivíduos com 60 a 79 anos, no período analisado.

De acordo com Góis e Veras (2010), algumas alterações naturais do envelhecimento, tais como a redução da elasticidade da musculatura intercostal e a redução da capacidade vital, tornam o idoso mais vulnerável às doenças pulmonares. Associa-se ainda a essas mudanças a redução dos mecanismos de defesa, tornando a vacinação do idoso contra a gripe e a pneumonia tão importante.

Ao analisar as internações por CSAP entre os idosos em Caxias do Sul/RS, Muraro et al. (2013) apontam que a doença pulmonar obstrutiva crônica ocupou lugar

³ Mock MB. Prognosis of coronary heart disease in the elderly patient: the CASS experience. In: Voodley EL (ed). Geriatric Heart Disease. Littleton: PSG, pp. 358-63, 1983.

de destaque no cenário estudado, como uma das principais causas de internação nessa população. Esses achados vão ao encontro dos resultados obtidos também por Rodrigues-Bastos et al. (2013) sobre as internações por CSAP em Juiz de Fora, principalmente entre os indivíduos com 60 anos ou mais. Todavia nas duas pesquisas as internações pela condição em tela apresentou tendência à queda, nos períodos estudados, diferentemente do observado neste estudo.

O desenvolvimento da doença pulmonar obstrutiva crônica é apontado por alguns autores como intimamente relacionado à idade, pois fatores relacionados às alterações orgânicas do aparelho respiratório bem como aquelas relacionadas com o processo de envelhecimento contribuem para que a maior prevalência seja encontrada na faixa etária de 60 anos ou mais (ITO; BARNES; RODRIGUES, 2009).

A relação entre o desenvolvimento da doença pulmonar obstrutiva crônica, os hábitos de vida e condicionantes ambientais são descritos por Ito, Barnes e Rodrigues (2009) ao identificarem que a lesão provocada pelo fumo do cigarro e outros pneumopoluentes conduzem a um declínio mais acelerado da função pulmonar.

No idoso, a respeito das alterações pulmonares, é ainda observado o aumento no volume pulmonar residual; a diminuição da força muscular, da resistência e da capacidade vital; troca gasosa, capacidade de difusão e eficiência da tosse diminuídas (SMELTZER et al., 2011).

Todavia esses impactos podem ser minimizados por meio de intervenções que estimulem e promovam o envelhecimento saudável e ativo. Brasil (2007) aponta inatividade física, bastante prevalente entre os idosos, como um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas, principalmente quando associado à dieta inadequada e ao tabagismo.

Dentre os benefícios advindos das práticas corporais/atividades físicas para a saúde do idoso, pode-se enumerar: a melhoria do funcionamento corporal, com diminuição das perdas funcionais, favorecendo a preservação da independência; a redução no risco de morte por doenças cardiovasculares; melhoria do controle da pressão arterial; ossos e articulações mais saudáveis; melhoria na postura e no equilíbrio; diminuição de algias, da ansiedade e do estresse; melhoria na resposta imunológica, na qualidade do sono, do estado de humor e da autoestima; contribuição para maior interação social (BRASIL, 2007).

As ações de promoção de saúde são importantíssimas para o idoso, visto que, quando acometido por doenças pulmonares, tende a apresentar uma descompensação

mais severa do que nas demais faixas etárias, podendo ainda desencadear a ocorrência de um número maior de internações por essas causas nessa população.

Santos et al. (2013) identificaram que, do total de internações de idosos no Rio Grande do Sul, 43,99% foram por alguma doença crônica não transmissível sensível à APS, e, desse montante, 18% eram relacionadas às doenças pulmonares, sendo a primeira causa de internação nessa faixa etária.

Conforme demonstrado nos resultados, o cenário das internações por doenças pulmonares, na faixa etária de 60 a 79 anos, enquanto uma CSAP, é extremamente preocupante no município de Passos, pois, em quase todo o período, houve movimento crescente das taxas, com uma pequena queda apenas no ano de 2012. Faz-se necessário um estudo mais aprofundado sobre esse grupo de CSAP para que se possam planejar medidas eficazes que impactem positivamente na saúde do idoso.

Referente às internações por Diabetes Mellitus, os resultados da presente pesquisa são preocupantes, pois essa condição manteve-se, em geral, como a quinta causa de internação dos idosos por CSAP; no período estudado, as proporções foram de 7,74% em 2008, e de 8,44% em 2012. As taxas de internações por essa condição apresentaram constante tendência de aumento nos anos de 2008 a 2010, e, embora tenha ocorrido uma pequena queda em 2011, em 2012 aumentou novamente.

Pazó et al. (2012), em um estudo sobre internações por CSAP no Estado do Espírito Santo, reconheceram que, nos anos de 2005 a 2009, as taxas de internação por Diabetes Mellitus decresceram. Segundo Rodrigues-Bastos et al. (2013), nos anos de 2002 a 2005, em Juiz de fora, foi observado um pequeno aumento nas taxas de internação por Diabetes Mellitus na população de 60 anos ou mais.

Contrariamente, Marques et al. (2014) identificaram no Estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2000 a 2010, que as taxas de internações por Diabetes Mellitus, entre os idosos de 60 a 74 anos, tiveram uma redução regular. Similarmente, um estudo realizado por Rehem e Egry (2011) sobre as internações por CSAP no Estado de São Paulo apontou que as taxas de internações por Diabetes Mellitus diminuíram em todos os Departamentos Regionais de Saúde.

Autores apontam que esse é um dos diagnósticos mais sensíveis à APS, dentre todos que compõem a lista de CSAP, e, assim, o mínimo de organização do nível primário de atenção pode obter respostas positivas, como a encontrada por eles (REHEM; EGRY, 2011).

Devido às alterações sensoriais relacionadas ao olfato e paladar, relatadas por SMELTZER et al., 2011, os idosos tendem a utilizar quantidades maiores de açúcar e sal, o que pode dificultar ainda mais o controle dos níveis glicêmicos e pressóricos, propiciando o surgimento de complicações que podem levá-los à internação.

Tanto a Sociedade Brasileira de Diabetes (2005) quanto a Organização Pan-Americana de Saúde (2003) associam o acelerado processo de envelhecimento populacional, a maior tendência ao sedentarismo e os inadequados hábitos alimentares, dentre outros fatores sociocomportamentais, como determinantes do crescimento dos níveis de incidência e prevalência do Diabetes entre os idosos. A OMS (2004) manifesta grande preocupação com esse cenário, pois essa é uma doença altamente limitante, podendo causar cegueira, amputações, nefropatias, complicações cardiovasculares e encefálicas, entre outras, que implicarão prejuízos à capacidade funcional, à autonomia e à qualidade de vida do indivíduo.

A promoção de hábitos saudáveis contribui muito tanto na prevenção quanto no controle da diabetes. O risco de morte por doenças cardiovasculares pode ser diminuído em aproximadamente 40% quando a pessoa deixa de ser sedentária e, se associada a uma dieta adequada, é capaz de reduzir o risco de progressão do diabetes tipo II em 58%. Como consequência das práticas corporais/atividade física, além dos benefícios já apontados, é possível que o idoso melhore o controle do peso corporal, o perfil lipídico, a utilização da glicose, a função intestinal e ainda enfermidade venosa periférica, caso por ela seja acometido. Há ainda correlações favoráveis com redução do tabagismo e abuso de álcool e drogas (BRASIL, 2007).

Os resultados identificados nesta pesquisa, quanto às internações por Diabetes Mellitus reforçam a necessidade de uma maior atenção do nível primário municipal na busca por identificar quais são os fatores que dificultam o controle dos valores glicêmicos dos idosos resultando em um quantitativo relevante de internações por estas causas.

Considerando que o controle da glicemia está ainda diretamente relacionado com a alimentação, alguns pontos específicos relacionados aos idosos podem ser levantados como hipóteses que podem contribuir para que o Diabetes Mellitus seja ainda tão relevante no cenário das internações por CSAP na população com mais de 60 anos. O primeiro ponto refere-se às alterações gastrointestinais presentes no idoso, que levam à diminuição do apetite, à dificuldade de deglutição, à redução das secreções gástricas e enzimáticas, como também a diminuição do paladar, fazendo com que o

idoso tenda a usar mais sal e mais açúcar para dar sabor aos alimentos (SMELTZER et al., 2011; GÓIS; VERAS, 2010). As alterações relacionadas à perda dos dentes e ao uso de próteses igualmente podem influenciar o estado nutricional do idoso (GÓIS; VERAS, 2010). É válido ainda destacar as possíveis reações advindas do uso de medicamentos para controle de outras patologias que acometem o idoso e que interferem no controle glicêmico.

Além disso, há de se considerar o fato de que, em muitos casos, o idoso necessita de auxílio do cuidador para locomoção, para o preparo das refeições, administração de medicamentos, o que faz com que a atenção ao idoso no nível primário de atenção à saúde perpassa a orientação e a capacitação do respectivo cuidador.

O grupo da úlcera gastrointestinal destaca-se dentre as CSAP por apresentarem a maior queda nas taxas de internações dos idosos nos anos estudados. No início do período, junto com as doenças pulmonares e o diabetes mellitus, a úlcera gastrointestinal era a quarta causa de internação entre as pessoas de 60 anos ou mais em Passos, apresentando quedas constantes ao longo anos. Esse grupo de causa era responsável por 7,74% do total de internações por CSAP em 2008, passando a 2,50% em 2012.

Resultados similares foram encontrados por Pazó et al. (2012), que demonstraram a redução das internações por úlcera gastrointestinal no Espírito Santo entre os anos de 2005 e 2009. Os autores atribuem tal achado, bem como outros resultados positivos na diminuição das taxas de internação por outros grupos de CSAP, à atuação da APS.

Para justificar a elevada prevalência deste grupo de CSAP no idoso, no início do período estudado pode-se pensar em algumas possibilidades, como, por exemplo, as alterações alimentares e gastrointestinais, já citadas neste trabalho, o uso de uma quantidade de medicamentos, em função da alta prevalência de doenças crônicas entre os idosos, o aumento do consumo de produtos industrializados nos últimos anos, entre outras (SMELTZER et al., 2011; GÓIS; VERAS, 2010).

Todavia o acentuado decréscimo das taxas pode estar relacionado com o acesso dos idosos às ações e serviços de saúde no nível primário de atenção, aos serviços de exame e diagnósticos.

Observa-se, ainda, na literatura, que os diversos problemas odontológicos prevalentes na terceira idade, tais como edentulismo, cárie dentária, doenças

periodontais, dentre outras, elevam a demanda por próteses dentárias, que geralmente não são fornecidas pelos serviços públicos, embora este seja um compromisso atual no SUS (CARDOSO et al., 2011; MARTINS; BARRETO; PORDEUS, 2007; VENÂNCIO et al., 2013).

As alterações advindas do uso das próteses dentárias pelo idoso vão desde mudanças relacionadas à autoestima, melhoria na comunicação oral e nos hábitos alimentares. Referente a esse ponto, um estudo demonstrou que, devido a dificuldades de mastigação, a ingestão de alguns alimentos passa a ser evitada, como, por exemplo, carnes, legumes crus, frutas e cereais, fazendo com que o consumo de fibras, proteínas, cálcio, ferro, vitaminas A, C e E seja reduzido (ANDRADE; SEIXAS, 2006).

O uso de próteses dentárias e a oferta de serviços odontológicos básicos (ainda incipientes na rede pública), possibilitando a melhoria da condição de mastigação e ingestão de alimentos, podem ter sido um fator importante na redução das internações com complicações gastrointestinais entre a população idosa.

Um dos limites deste trabalho, devido à base de dados utilizada, é a impossibilidade de identificar as possíveis reinternações dos idosos por CSAP, ocorridas no período estudado. Mas é importante destacar que, a fim de minimizar o risco de reinternação dos idosos por essas causas, além da questão da contrarreferência para o serviço primário de atenção à saúde, deve-se investir também na orientação do idoso, dos familiares e cuidadores acerca das condutas e cuidados com a saúde no pós-alta (GÓIS, VERAS, 2010).

Além da discussão tecida até o momento, para melhor apropriação do perfil das internações dos idosos por CSAP, em Passos, nos anos de 2008 a 2012, torna-se importante analisar peculiaridades encontradas no que se refere à sua distribuição segundo gênero e faixa etária.

6.1.2. Descrição do perfil internações hospitalares por CSAP entre a população idosa (60 a 79 anos), residente no município de Passos-MG, no período de 2008 a 2012, segundo distribuição por gênero e por faixa etária;

6.1.2.1. Distribuição por gênero

A perspectiva de gênero tem se revelado cada vez mais pertinente e necessária aos estudos e programas realizados no campo da saúde. Este termo, gênero, assinala as diferenças entre homens e mulheres relativas ao conjunto de papéis e características construídos socialmente nas diferentes culturas e que envolvem atitudes, sentimentos, valores, condutas e atividades vinculados à definição do masculino e do feminino (ZUNZUNEGUI et al., 2003).

A incorporação de questões relacionadas ao gênero nas estratégias, políticas e ações socioeconômicas voltadas para o envelhecimento foi recomendada explicitamente, pela Organização das Nações Unidas, por meio do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, em seu artigo 8º, a fim de que atendam às necessidades tanto das mulheres quanto dos homens idosos (ONU, 2003).

Muitas pesquisas apontam desigualdades de gênero nas condições de saúde entre os idosos, em diversos países (GALLANT; DORN, 2001; PARAHYBA et al., 2006; PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005). Todavia no Brasil ainda são poucos os estudos que abordam essa questão; em geral, as pesquisas referem-se ao processo de envelhecer entre homens e mulheres da mesma forma, não levando em consideração suas características específicas (LIMA; BUENO, 2009).

Para Ploner et al. (2008), ao estudar o envelhecimento na perspectiva de gênero, é possível observar que a experiência desse processo apresenta algumas diferenças e semelhanças para o homem e para a mulher. Nesse sentido, dentre outros aspectos, os autores pontuam que

a mulher conquista a liberdade à medida que sua sexualidade deixa de ser controlada pelo grupo social; esta liberdade propicia a descoberta e conquista do lazer através da inserção em grupos formais e informais de terceira idade. Constata-se que os grupos de terceira idade são constituídos, em sua grande maioria, por mulheres, os quais têm, como característica, uma significativa parcela de viúvas. O homem por sua vez, com a chegada da aposentadoria defronta-se com uma nova realidade; a diminuição significativa de suas atividades dá lugar ao lazer. Percebemos que o lazer é um ponto semelhante entre homens e mulheres (p. 155).

Estes fatores são de extrema importância ao se estudar a temática de saúde do idoso, visto que podem influenciar o perfil de morbimortalidade dessa população. Os fatores de riscos aos quais os idosos foram expostos ao longo dos anos, as alterações decorrentes da senescência e da senilidade, e a especificidade dessas questões para o homem e para a mulher precisam ser analisados cuidadosamente para que a implantação

e implementação de ações e de programas de saúde surtam os efeitos esperados para os idosos.

Entre os anos de 2008 e 2012, no município de Passos, a taxa de internação por CSAP foi maior entre idosos do gênero masculino (56,54). Observa-se que nessa população há uma variação relevante das taxas, no decorrer do período, enquanto que entre as mulheres houve um movimento contínuo de pequeno aumento.

Resultados semelhantes ao desta pesquisa foram encontrados por Marques (2012), que relatou que, dentre os idosos internados por CSAP, no Rio de Janeiro, as maiores taxas concentram-se na população masculina. A autora diz que os resultados podem estar atribuídos a fatores sociocomportamentais, como, por exemplo, maior incidência de tabagismo, consumo de álcool e uso de drogas entre o gênero masculino.

Santos (2007), ao estudar o perfil dos idosos internados em Belém/PA, identificou também a prevalência do gênero masculino, responsável por 53,10% das 160 internações ocorridas no ano de 2001 em um hospital regional.

Tanto Marques (2012) quanto Pagotto, Silveira e Velasco (2013) relacionam esses resultados às diferentes formas de utilização dos serviços de saúde entre homens e mulheres: enquanto elas buscam mais pelos serviços ambulatoriais de prevenção, eles são atendidos mais pelos serviços de urgência e emergência, em geral, devido ao agravamento de alguma condição crônica.

A maior vulnerabilidade dos homens às doenças crônicas e quadros mais graves, que requerem hospitalização, é apontada na literatura como uma das consequências da baixa procura dos serviços de atenção primária à saúde, pois procuram assistência quando o quadro está mais agravado (BRASIL, 2009). No que se refere ao cuidado com a saúde, os homens justificam a baixa procura pelos serviços devido à sua posição de provedor:

Alegam que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho. Não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social, o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. Ainda que isso possa se constituir, em muitos casos, uma barreira importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias sócio-econômicas, faz hoje parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde (BRASIL, 2009, p. 16).

Os reflexos dessa realidade podem ser observados quando analisamos a população idosa, em que o número total de mulheres é sempre superior ao dos homens

e, todavia, as taxas de internação entre eles são bem mais elevadas, como apontado no presente estudo. No município estudado, em 2008 havia 5.471 mulheres e 4.938 homens com idades de 60 anos ou mais. No ano de 2012 esses valores eram 6.128 e 5.474, respectivamente. Fica, assim, evidente o fenômeno da feminilização da velhice apontado por diversos estudos sobre o envelhecimento (LIMA; BUENO, 2009; AREOSA, 2010; KIST; AREOSA, 2014).

Como no Brasil já existiam políticas de saúde voltadas a crianças, adolescentes, mulheres e idosos, por meio da Portaria nº 1.944/GM o Ministério da Saúde instituiu, em agosto de 2009, a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem/PNAISH, cujo público alvo são os homens de 20 a 59 anos, que, na época, correspondiam a 27% da população brasileira e que ainda não eram devidamente alcançados pelas estratégias políticas de atenção à saúde (BRASIL, 2009).

Embora tal política seja voltada para homens adultos jovens, se as ações empreendidas forem, de fato, efetivas, espera-se que impactos positivos possam ser vistos, a longo prazo, entre os idosos, com consequente melhoria da qualidade de vida e, inclusive, pela diminuição das taxas de internações por CSAP nesse grupo.

Quanto ao discreto aumento das taxas de internações por CSAP entre as mulheres idosas, pode-se inferir que esteja relacionado com mudanças que ocorreram ao longo dos anos no que diz respeito ao papel da mulher na sociedade e, em consequência de todo esse processo, são esperadas alterações no perfil de morbimortalidade do gênero feminino.

Estudos sobre gênero vêm sendo realizados também com o objetivo de analisar a inserção social das mulheres, que tem se caracterizado por transformações constantes, em diferentes culturas, sendo que hoje inúmeras mulheres assumem papéis sociais antes restritos aos homens, participando mais ativamente do mercado de trabalho. De modo geral, as mudanças sociais exercem grande influência no processo de envelhecimento das mulheres, pois envelhecer é determinado não só pelo passar dos anos e pelas características individuais de cada um, como também pelos condicionantes sociais em que vivemos (MORI; COELHO, 2004; LIMA; BUENO, 2009). Após significativas conquistas no universo feminino, segundo Parahyba (2006) as mulheres tendem a viver mais do que os homens, porém isso não significa que elas desfrutem de melhor condição de saúde.

Esse cenário torna-se mais próximo quando analisamos os resultados obtidos nesta pesquisa, que apontam para um aumento progressivo nas internações das mulheres

idosas devido às CSAP. Este achado pode ser decorrente da maior participação das mulheres no mercado de trabalho atualmente, e, por conseguinte, tende a mudar seu padrão de procura pelos serviços de saúde, passando também a ser expostas a fatores de risco e condicionantes do processo saúde/doença a que antes não eram, tais como aqueles presentes nos ambientes de trabalho.

Na comparação entre os gêneros, observa-se que as principais causas de internação por CSAP na população idosa residente em Passos no período de 2008 a 2012 foram comuns: Insuficiência Cardíaca, Doenças Cerebrovasculares, Angina. Com destaque para alta prevalência de internações por Insuficiência cardíaca que, em ambos, foi responsável por taxas de internação superiores a 15,5 por mil habitantes.

Nos resultados encontrados nesta pesquisa, destacou-se que, entre as mulheres idosas, a taxa de internação por Insuficiência cardíaca, grupo de causas mais prevalente neste gênero durante a maior parte do período estudado, atingiu mais que o dobro dos valores se comparado ao grupo das Doenças Cerebrovasculares, que foi a segunda principal causa. Outro fator relevante é que as taxas de internações por todas essas causas foram superiores entre os idosos do gênero masculino quando comparadas às do gênero feminino, sendo ainda que para os homens a diferença dos valores das taxas entre os grupos mais prevalentes foi menos discrepante.

A maior prevalência de internações entre os homens pode ser justificada pelo que apontam Travassos et al. (2002), ao afirmarem que as mulheres aproximam-se mais dos serviços de saúde, principalmente devido a fatores ginecológicos e obstétricos. Assim, uma vez que possuem maior acesso às informações em saúde, as mulheres tendem a identificar mais facilmente sinais e sintomas que manifestam riscos à sua saúde e procuram os serviços para atender às suas necessidades.

Em um estudo realizado sobre as internações por condições cardiológicas sensíveis à atenção primária, levado a cabo em um município no Sul do Brasil, foi identificado que a maior prevalência de internações por Hipertensão ocorreu entre o gênero feminino, e por Angina e Insuficiência Cardíaca entre o masculino (MARTINS; FRANCO, 2013). Fernandes, Bertoldi e Barros (2009) afirmam que o número menor de internações por CSAP relacionado a essas causas entre as mulheres quando comparado aos homens deve-se à alta procura das mulheres pelos serviços de saúde, o que garante maior efetividade das ações da ESF em relação às doenças cardiovasculares nessa população.

Ainda analisando as taxas de internação dos idosos por CSAP, nos anos de 2008 a 2012 em Passos, identificou-se que o grupo de Diabetes Mellitus foi a quarta causa de internação para gênero feminino, seguido das Doenças pulmonares e Úlcera gastrointestinal. No gênero masculino observa-se o movimento inverso das taxas referentes a essas causas, sendo que o grupo de úlceras gastrointestinal ocupa o quarto lugar, seguido por Doenças pulmonares e Diabetes Mellitus.

Dentre as internações dos idosos por CSAP, no Estado do Rio de Janeiro, o risco de internação foi maior para homens para todas as causas, com exceção do diabetes (MARQUES et al. 2014).

Santos et al. (2013), ao considerarem a questão de gênero na análise das internações por CSAP entre os idosos em parte do Rio Grande do Sul, identificaram também maior prevalência de Diabetes Mellitus entre as mulheres, e, citando Rosa⁴ et al. (2007), os autores justificam tal achado à maior utilização dos serviços de saúde por parte das mulheres, o que permite diagnosticar e tratar as doenças e agravos que acometem esta parcela da população. Todavia a divergência existente quanto à utilização dos serviços entre os gêneros requer uma abordagem mais específica por parte das políticas de saúde a fim de alcançar uma maior equidade do acesso.

Ressalta-se, ainda, que, conforme os dados encontrados nesta pesquisa realizada em Passos, entre as pessoas idosas do gênero masculino esse grupo de causa apresentou tendência constante ao aumento, o que reforça a necessidade de se investigar com mais propriedade as causas de tal comportamento para que possam ser empreendidas ações cabíveis para controle e tratamento adequados.

Quanto ao grupo de úlcera gastrointestinal, observa-se que ambos os gêneros apresentaram tendência à redução, sendo mais acentuada entre o gênero masculino. Essa modificação no perfil de morbidade por essa condição tem sido relatada na literatura e justificada pela efetiva supressão farmacológica da acidez gástrica, o isolamento do *Helicobacter pylori* e sua identificação na gênese de distúrbios gastrointestinais graves, bem como outros avanços na área da ciência (SAUL et al., 2007).

Além das considerações acerca das diferenças de gênero no processo de envelhecer, igualmente importante é identificar a heterogeneidade dos idosos no que se refere às faixas etárias.

⁴) ROSA RS, Schmidt MI, DUNCAN BB, SOUZA MFM, LIMA AK, MOURA L. Internações por Diabetes Mellitus como diagnóstico principal na Rede Pública do Brasil, 1999-2001. **Rev Bras Epidemiol.** 2007;10(4):465-78.

6.1.2.2. Distribuição por faixa etária

Quando passamos a analisar a distribuição das internações dos idosos por CSAP segundo faixa etária, é necessário considerar que o processo de envelhecer é heterogêneo, em que se observa o conjunto das alterações estruturais e funcionais do organismo que se acumulam, progressiva e especificamente, com a idade (MINAS GERAIS, 2006).

Os resultados encontrados neste estudo demonstram que, partindo da análise das taxas de internação por CSAP no período estudado, a maior prevalência é observada conforme o avançar da idade, sendo os valores mais baixos referentes à internação dos idosos “mais jovens”, entre 60 a 64 anos e, as mais elevadas, dos idosos entre 75 a 79 anos.

Nesses dois extremos, observam-se tendências contrárias quanto à evolução das taxas: até 64 anos há redução dos valores, e de 75 a 79, em todo período, observa-se um contínuo aumento. Na faixa etária de 65 a 69 anos identificou-se uma pequena tendência ao aumento das taxas de internação por CSAP, já na faixa seguinte, 70 a 74 anos, verifica-se um movimento bastante heterogêneo ao longo dos anos de 2008 a 2012, porém com elevações e quedas discretas.

A maior prevalência de CSAP entre os idosos de mais idade é condizente com a literatura (MARQUES, 2012; MARQUES et al., 2014; DUTRA et al., 2011; GÓIS; VERAS, 2010). A diminuição da capacidade funcional associada ao aumento das comorbidades com o avançar do tempo de vida contribuem para a conformação desse cenário agindo de forma determinante na condição de saúde do idoso (SMELTZER et al., 2011; BRASIL, 2007). Dificuldades de locomoção, em decorrência de alguma alteração na marcha, podem significar, para o idoso, restrição de acesso aos serviços de saúde, podendo também contribuir para aumento das taxas de internação por CSAP.

Na tentativa de compreender os resultados encontrados, em que se observa um aumento das taxas de internação conforme o avanço da idade, além das questões acima apontadas, pode-se inferir que os idosos “mais jovens” tenham usufruído por mais tempo de ações e serviços de promoção da saúde, prevenção, tratamento e controle de

doenças disponíveis na APS no município em estudo, iniciadas no ano de 1997, e que a maior redução de internações por CSAP possa ser em consequência desse fato.

Voltando o olhar para os idosos que estão na última faixa etária estudada, em que as internações apresentaram tendência ao aumento, cabe refletir se nessa faixa etária os diagnósticos propostos tornam-se, realmente, menos sensíveis em face das alterações decorrentes do próprio processo de envelhecimento, já descritas no início deste trabalho, ou se a elevação das taxas tem ocorrido em função da falta de manejo adequado da APS frente às condições sensíveis a este nível de atenção no cuidado com a pessoa idosa.

Diante desse cenário, é fundamental, mais uma vez, repensar acerca dos atuais modelos de atenção à saúde e sobre seus reais impactos sobre a população que está envelhecendo. Veras et al. (2014), nesse sentido, reconhecem a necessidade de se investir em melhorias que promovam o cuidado integral e coordenado ao idoso, considerando, para tanto, as especificidades vivenciadas por eles decorrentes quer da senilidade, quer da senescência. A fragmentação dos serviços, a centralidade na doença, o predomínio do modelo hegemônico de um sistema de saúde voltado para atendimento de condições agudas (MENDES, 2012) pouco serão capazes de responder às necessidades de saúde da população, em especial dos idosos, em que o acometimento por condições crônicas é prevalente.

A perspectiva de envelhecimento ativo, proposta pela OMS (2005), trata essa questão considerando que o processo de envelhecer seja uma experiência positiva, promovendo, conseqüentemente, uma vida mais longa que deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. Ou seja, mediante essas oportunidades, espera-se que ao longo dos anos o idoso tenha condições de melhorar sua qualidade de vida mesmo em meio às alterações esperadas pelo envelhecimento.

A saúde na terceira idade só pode ser criada e mantida se houver a participação de diversos setores e agentes sociais, incluindo, dentre eles, o próprio idoso, sua família e cuidadores (OMS, 2005). Afinal, o desafio que está posto não é o de postergar a vida ao máximo possível, mas sim de garantir qualidade aos anos de vida acrescidos de forma que o indivíduo possa usufruí-los com saúde, sendo estimulado no exercício de sua autonomia e independência.

Assim, considerando os atributos da APS, tais como longitudinalidade, integralidade, focalização na família, dentre outros (MENDES, 2012), espera-se que, de fato, ela se configure como um espaço para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e controle de doenças e agravos em todos os ciclos de

vida. Entretanto se reconhece que são ainda necessárias muitas melhorias e implementações no nível primário para se alcançar maior efetividade e qualidade da atenção.

Marques et al. (2014) ressaltam que o estudo do perfil de internações dos idosos por CSAP permite ainda sugerir que a atenção primária acentue as ações para promover o cuidado da saúde no âmbito domiciliar dos idosos, realizando constantes acompanhamentos dos sintomas de fragilidade e, assim, evitando complicações que possam levar aos riscos em que implica toda hospitalização.

Para tanto, é essencial que os profissionais envolvidos na atenção em saúde do idoso saibam identificar as alterações ocorridas nessa população decorrentes da senescência e/ou senilidade, a fim de que sejam aplicados os cuidados adequados no manejo dessas condições, bem como minimizadas as ocorrências de iatrogenias.

Quanto às internações por grupos de CSAP, destacam-se, em todas as faixas etárias estudadas, os grupos da Insuficiência cardíaca, da Angina, das Doenças cerebrovasculares, das Doenças pulmonares e do Diabetes Mellitus. Entretanto para cada idade observa-se um comportamento diferente das taxas de internação por esses grupos, o que reforça a concepção da heterogeneidade do processo de envelhecer e aponta a necessidade de uma atenção à saúde voltada para o idoso, que atenda a essas especificidades a fim de alcançar bom êxito nas ações desenvolvidas.

Lourenço et al (2005), ao estudarem a assistência de saúde ao idoso em nível ambulatorial, afirmam, quanto à utilização dos serviços de saúde, que os idosos, de fato, não constituem uma população homogênea, pois uma parcela substancial da demanda que chega até as unidades de saúde é gerada por um subgrupo relativamente pequeno.

Dessa forma, segundo Marques (2012), configura-se como um grande desafio para a gestão em saúde a imprescindibilidade da organização de uma nova forma de oferta de cuidados que atendam às demandas específicas da população idosa e que estimulem o envelhecimento ativo e saudável.

Nessa perspectiva, além da adoção de ações que estimulem mudanças no estilo de vida da população geral, que favoreçam a prática de hábitos saudáveis, que evitem fatores de risco e agravos e que permitam o controle de condições crônicas na população por meio dos serviços básicos de saúde, é primordial que elas estejam associadas a medidas que ajudem a garantir ainda condições socioeconômicas adequadas (MARQUES, 2012). Há de se ponderar, ainda, que o envelhecimento populacional não é um fenômeno que ocorre em apenas um extrato da população,

portanto, ao se pensar na possibilidade de um modelo amplo de atenção ao idoso, ele não deve estar restrito a um determinado setor, mas se pode pensar em implementações tanto no setor público quanto no privado (LOURENÇO et al., 2005).

Neste trabalho, os resultados encontrados exprimem somente as internações dos idosos por CSAP que ocorreram no sistema público de atenção à saúde, porém se acredita que futuros estudos que busquem comparar as internações por essas causas ocorridas também no setor privado podem auxiliar esse processo de se repensar os modelos assistenciais, considerando a crescente realidade do mix público-privado que tem ocorrido dentro do SUS.

Apesar de reconhecer o importante papel da APS na evitabilidade de internações pelos diagnósticos considerados sensíveis a este nível de atenção, inclusive pela comprovação de que ao longo do período estudado houve redução das taxas gerais de internação por CSAP entre os idosos em Passos, é importante reconhecer que diversos fatores, descritos ao longo deste trabalho e que, por vezes, extrapolam o setor da saúde, podem igualmente interferir na condição de vida do idoso, sendo determinantes para a ocorrência de internações nessa população.

Partindo dessa perspectiva, abordar a questão de promoção de envelhecimento ativo, tal qual proposto pela OMS, que não reduz o termo à capacidade de estar fisicamente ativo, mas, sim, à efetiva e contínua participação do idoso no âmbito socioeconômico, cultural, espiritual e civil, respeitando suas limitações e potencialidades, faz com que seja colocada em pauta a necessidade de repensar os programas e políticas voltados para o idoso de forma que eles possam estimular e conciliar responsabilidade pessoal (autocuidado, naquilo que for possível ao indivíduo), ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre as gerações (OMS, 2005).

Acredita-se que os dados descritos e discutidos neste trabalho possam contribuir para o fomento e planejamento de ações de saúde, mas também daquelas que ultrapassam esse setor, com vistas à melhoria da qualidade da atenção prestada às pessoas da terceira idade e que favoreçam um envelhecer cada vez mais saudável e com novas possibilidades de realizações.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o acelerado e crescente processo de envelhecimento populacional, que se apresenta como um grande desafio para os diversos setores, dentre eles o da saúde, os resultados do presente estudo mostraram que as internações dos idosos caracterizam-se pelo aumento expressivo das taxas de internações gerais. Quando comparadas, as taxas de internação dos idosos por CSAP apresentaram um movimento diferente daquele das condições não sensíveis. Enquanto estas apresentaram tendência de contínuo aumento, aquelas tiveram uma pequena oscilação, ora com elevação dos valores, ora com diminuição deles.

Pode-se identificar que alguns grupos destacaram-se dos demais pela alta prevalência, que foi o caso da Insuficiência Cardíaca, Angina, Doenças Cerebrovasculares, Doenças Pulmonares e Diabetes Mellitus. Esses foram os grupos responsáveis pelas maiores taxas de internação entre os idosos, tanto na análise geral, quanto por gênero e faixa etária. Tais achados apontam esses grupos como prioritários na atenção à saúde do idoso, no município de Passos, reforçando a necessidade de que os gestores repensem as estratégias e ações de cuidados, a fim de que sejam implementadas as medidas cabíveis que favoreçam o atendimento a essas demandas.

Quanto à análise de gênero, foi demonstrado que, embora o número absoluto de mulheres seja superior ao dos homens, eles apresentam taxas de internações por CSAP mais elevadas. As diferenças socioculturais, comportamentais e de utilização dos serviços de saúde podem estar diretamente relacionadas a esses achados. Esse cenário ressalta a urgente necessidade de se repensar as estratégias e políticas voltadas para o gênero masculino a fim de que sejam implementadas ações que estimulem o autocuidado, favoreçam o acesso e promovam a saúde.

Referente às faixas etárias, ficou evidente a heterogeneidade da população idosa, em que se observa uma tendência crescente nas taxas de internação com o avançar da idade, ou seja, o perfil de internação por CSAP de um idoso com 60 anos é bastante diferente ao de outro com 75 anos. Esses achados apontam para a importância de investimentos na capacitação dos profissionais que lidam com os idosos, na reestruturação dos serviços para que possam atender de forma eficiente e equânime às demandas dessa população. Além disso, as políticas e os programas que estimulem e

propiciem o envelhecimento saudável são apostas promissoras na busca por melhorarias das condições de saúde e da qualidade de vida, em especial na terceira idade.

Todavia há de que se considerar que as ocorrências de internações em idosos não estão circunscritas apenas ao setor saúde, mas também a fatores externos, como, por exemplo, aqueles referentes ao âmbito de vida do indivíduo, às questões socioeconômicas, à escolaridade, dentre outras, o que sugere a necessidade de promoção de ações intersetoriais e reorganização da sociedade em geral para acolher e atender à crescente demanda apresentada por essa importante parcela população.

Observou-se, ainda, nesta pesquisa, que alguns grupos CSAP foram muito prevalentes entre os idosos, enquanto outros foram pouco significantes. Assim, frente às especificidades relacionadas à senilidade e à senescência, torna-se interessante questionar a real aplicabilidade desse indicador para a população de pessoas com 60 anos ou mais. Além disso, outras condições e agravos que são importantes entre os idosos, do ponto de vista epidemiológico, não foram contemplados na Lista de Brasileira de CSAP, como, por exemplo, as internações por fratura de fêmur, apontadas no Pacto Pela Vida como indicador relacionado à área de saúde do idoso.

Diante desse contexto, pode-se indagar: qual seria a viabilidade de criar uma lista de CSAP voltada para os idosos, uma vez que essa parcela da população tem aumentado de forma acelerada e o elevado número de internações (e reinternações) desse grupo gera grandes impactos no sistema de saúde?

Um dos limites deste trabalho foi analisar as internações dos idosos por CSAP apenas a partir dos dados disponíveis no SIH-SUS, sem aprofundar a investigação das ações e dos serviços das APS no município estudado, como também das questões relacionadas ao processo de trabalho, às relações profissional/usuário, e à articulação do nível primário na RAS local, o que não permitiu compreender o impacto delas sobre as condições de saúde da população. Sugere-se que futuros estudos possam abordar também esses pontos para uma análise mais completa da relação da APS com as internações por CSAP.

Por fim, considera-se que os objetivos propostos nesta pesquisa foram alcançados e que, dentre as suas contribuições, destaca-se a identificação de áreas prioritárias na atenção ao idoso que precisam ser focadas pelas políticas públicas tanto da saúde quanto dos demais setores, e abre possibilidades de outros estudos que possam contribuir com esta construção.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, L. B. S. P. **Epidemiologia aplicada nos serviços de saúde**. São Paulo: Martinari, 2012.

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção das listas brasileiras como ferramenta para medir desempenho do Sistema de Saúde (Projeto ICSAP). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, pp. 1337-1349, jun, 2009.

ANDRADE, B. M. S.; SEIXAS, Z.A. Condição mastigatória de usuários de próteses totais.

International Journal Of Dentistry, Recife, v. 1, n. 2, p. 48-51 abril/ junho 2006. Disponível em: <<https://www.ufpe.br/ijd/index.php/exemplo/article/view/177/128>>. Acesso em: 04 mai. 2015.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia científica**. 3 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

BASTOS, M.P. **Sistemas de informação em saúde: o seu uso no acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos**. 107f. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009

BATISTA, S.R.R. et al. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. **Rev. Saúde Pública**, v.46, n.1, p. 34-42, 2012.

BENTO, P. F. **Conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre lista de condições sensíveis à atenção primária em saúde em um município mineiro**. 2012, 63f. Monografia – Faculdade de Enfermagem de Passos (FAENPA), Passos, 2012

BILLINGS, J. et al. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Aff** (Millwood), v. 12, n. 1, pp. 62-73, 1993. Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/content/12/1/162.short>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

BINDMAN, A. B. et al. The impact of Medic aid managed care on hospitalizations for ambulatory sensitive conditions. **Health Serv Res.**, v. 40, n. 1, pp. 19-38, 2005.

BOINGI, A. C. et al. Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 2, pp. 359-66, 2012.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3709.pdf>> Acesso em: 23 jan. 2014.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 20 set 1990

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/MANUAL%20DO%20SIH-%20DEZEMBRO%20DE%202005%20-%20VERSAO%20FINAL-b.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 687 de 30/03/2006. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria687_2006>. Acesso em: 23 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. **Observatório De Saúde De Minas Gerais - Microrregião Passos / Piumhi**, Belo Horizonte, 2006b. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatistica-e-informacao-em-saude/observatorio-de-saude/municipios/PASSOS.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>> Acesso em: 19 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 1 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. 2 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 148 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Informações em Saúde**. Morbidade Hospitalar do SUS – por local de residência – Minas Gerais. [Internet], 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nrmg.def>> Acesso em: 13 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Informações em Saúde**. Morbidade Hospitalar do SUS – por local de residência – Minas Gerais. [Internet], 2015a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nrmg.def>> Acesso em: 31 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos De Internação**. Minas Gerais. [Internet], 2015b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>> Acesso em: 31 mar. 2015.

_____. **Programa Academia da Saúde: Sobre o Programa**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1028-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/academia-da-saude-svs/l2-academia-da-saude-svs/13816-sobre-o-programa>>. Acesso em: 28 abr. 2015.

BURGDORF, F.; SUNDMACHER, L. Potentially avoidable hospital admissions in Germany – an analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive; hospitalizations. **Dtsch Arztebl Int**, v. 111, n. 13, pp. 215-223, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3991158/>> Acesso em: 31 mar. 2015.

CALDEIRA, A. P. et al, Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 11, n. 1, pp. 61-71, jan-mar, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n1/a07v11n1.pdf>> Acesso em: 23 mai 2012.

CALIXTO, M. B.; BARBOSA, R. C. D. **Percepção do idoso institucionalizado sobre seu próprio envelhecimento**. 2004. 76 f. Monografia de Conclusão de Curso – Faculdade de Enfermagem de Passos, Universidade Estadual de Minas Gerais, Passos, 2004.

CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev. Bras. de Enfermagem**. Brasília, v. 63, n. 2, pp. 279-284, abr 2010.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006. pp. 88-105.

CAMINAL, J. et al. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **European Journal of Public Health**. v. 14, n. 3, pp. 246-251, set. 2004. Disponível em: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A203.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2013.

CARDOSO E. M.; PARENTE, R. C. P.; VETTORE, M. V. et al. Condições de saúde bucal em idosos residentes no município de Manaus, Amazonas: estimativas por sexo. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2011; 14(1), pp. 131-40. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S2178-7085201300040001300004&lng=pt&pid=S2178-70852013000400013>> Acesso em: 04 mai. 2015.

CARVALHO, M. H. R. de et al. Tendência de mortalidade de idosos por doenças crônicas no município de Marília-SP, Brasil: 1998 a 2000 e 2005 a 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 2, pp. 347-354, 2014.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, pp. 184-200, 1997.

CHANDRA, A; GRUBER, J.; MCKNIGHT, R. Patient cost-sharing and hospitalization offsets in the elderly. **The American economic review**, v. 100, n. 1, pp. 193, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2982192/>> Acesso em: 26 mar. 2015.

DIAS-DA-COSTA, J.S. et al. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n.7, pp.1699-1707, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/24.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

DIAS-DA-COSTA, J.S., et al. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, fev. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 ago. 2012.

DOURADO, I. et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). **MedCare**. 2011; v. 49, nº 6, pp. 577-84. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21430576> >. Acesso em: 10 jan. 2014.

DUTRA, M. M. et al. Validade preditiva de instrumento para identificação do idoso em risco de hospitalização. **Rev. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, pp. 106-112, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/2033.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

FALIK, M. et al. Ambulatory care sensitive hospitalizations and emergency visits: experiences of Medicaid patients using federally qualified health centers. **MedCare**. 2001. v. 39, pp. 551-67

FERNANDES, V. B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 6, pp. 928-36, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/03.pdf>> Acesso em: 12 jun. 2014

FERNANDES, L. C.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela estratégia de saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, 2009. pp. 595-603.

FERREIRA, M. A. **Hipertensão arterial como condição sensível à atenção primária: possibilidade de avaliação e planejamento em saúde**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

FURUCAWA et al. Mortalidade por doenças cerebrovasculares por residência e local de ocorrência do óbito: Paraná, Brasil, 2007. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, pp. 327-334, 2011.

GALLANT, M.P.; DORN, G.P. Gender and race differences in the predictors of daily health practices among older adults. **Health Educ Res**, 2001; v. 16, pp. 21-31.

GARBINATO L. R. et al. Prevalência de internação hospitalar e fatores associados: um estudo de base populacional em um centro urbano no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2007;23(1) pp. 217-24.

GERVAS, J.; CAMINAL HOMAR, J. Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) desde el punto de vista del médico de Atención Primaria. **Rev. Esp. Salud Pública**, Madrid, v. 81, n. 1, feb. 2007. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000100002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2015.

GIRONDI, J.B.R., et al. Estudo do perfil de morbimortalidade entre idosos. **Rev. de Enfermagem da UFSM**. 2013; 3(2):197-204. DOI: 10.12957/reuerj.2015.7464.

GOIS, A. L. B. de; VERAS, R. P. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, pp. 2859-2869, Set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mai. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Sinopse do Censo Demográfico de 2010**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras//perfil.php?nomemun=&codmun=314790&r=2>>. Acesso em: 22 ago. 2013.

ITO, K.; BARNES, P. J.; RODRIGUES, F. A DPOC como uma doença de envelhecimento acelerado. **Revista Portuguesa de Pneumologia (English Edition)**, v. 15, n. 4, pp. 743-746, 2009.

KANSO, S. et al. A evitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: análise das principais causas de morte. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 4, pp. 735-748, 2013.

KIST, R. B. B.; AREOSA, S. V. C. Envelhecer na perspectiva do envelhecimento satisfatório: o caso dos idosos do Vale do Rio Pardo. **Redes**, v. 19, n. 2014, pp. 65-78.

KIUTI, L. T.; CARVALHO JUNIOR, P. M.; CARVALHO, V. C. L. Sistemas de informação em saúde para o SUS: uma análise quantitativa dos trabalhos publicados na base LILACS. **IX Congresso Brasileiro de Informática em Saúde**; 2004; Ribeirão Preto. Disponível em:

<<http://www.joinville.ifsc.edu.br/~vanessal/Aulas%20Informatica%20na%20Saude/SistemasInformacaoSaude.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2011

LIMA, L. C. V.; BUENO, C. M. L. B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosos no Brasil. **Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, pp. 273-280, 2009.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 12, n. 4, pp. 189-201, 2003. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2012.

LÓPEZ, M. I. V. et al. Intervenciones sanitárias em atención primaria que disminuyes la hospitalización por ambulatory care sensitive conditions en mayores de 65 años. **Aten. Primaria**. [s.l.], v. 39, n. 10, pp. 525-534, 2007. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v39n10a13110730pdf001.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2013.

LOURENCO, R. A. et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, pp. 311-318, Abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 mai 2015.

MACINKO, J; ALMEIDA, C; OLIVEIRA, S. E; SÁ, P.K. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. **Int J Health Plann Manage**. 2004; 19(4) pp. 303-17. Disponível em: <<http://www.popline.org/node/259105>>. Acesso em: 24 dez. 2013.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MANSUR, A. de P. et al. Diretrizes de doença coronariana crônica angina estável. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 83, pp. 2-43, 2004.

MARIN, M. J. S; CECÍLIO, L. C. O. Necessidades de saúde de idosos de uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. São Paulo, v. 12 n. 1, pp. 63-76, 2009.

MARQUES, A. P. **Análise das causas de internação de idosos segundo a classificação de Condições Sensíveis à Atenção Primária:** estudo da evolução temporal no Estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

MARTINS, A. M. E. B.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. **Rev. Panam. Salud. Pública**, 2007; 22(5) pp. 308-16. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S2178-7085201300040001300005&lng=pt&pid=S2178-70852013000400013> Acesso em: 04 mai. 2015

MARTINS, J. A. F.; FRANCO, S. C. Condições cardiológicas sensíveis à atenção primária em serviço terciário de saúde: apenas a ponta do iceberg. **Centro Brasileiro De Estudos De Saúde (CEBES)**, v. 37, n. 98, pp. 388-399, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a03v37n98.pdf>. Acesso em: jan. 2015.

MEDINA, M. G. et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10 (Supl. 1), pp. S83-S91, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/08.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAS GERAIS (Estado). **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Sistema Estadual de Saúde de Minas Gerais. Minas Gerais, 2012.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORAIS, A. P. P.; TANAKA, O. Y. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. **Saudesoc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 abr. 2015.

MORAIS, E. P.; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. **Os idosos mais velhos no meio rural**: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. 2008 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/21.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2013.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D. Mulheres de corpo e alma: Aspectos Biopsicossociais da Meia-Idade Feminina. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Brasília, n. 17, v. 2, pp. 177-187, 2004.

MOTA, E.; ALMEIDA, M. F.; VIACAVA, F. O Dado Epidemiológico: Estrutura, Fontes, Propriedades e Instrumentos. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde**: Fundamentos, Métodos, Aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

MOTTA, C. C. R.; HANSEL, C. G.; SILVA, J. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 12, n. 3, pp. 471-7, set. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/6865>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

MOURA, B. L. A. et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10 n. 1, pp. S83-S91, nov. 2010.

MURARO, C. F. et al. Estratégia Saúde da Família e as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária nos idosos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, pp. 20, 2013.

NEDEL, F. B., et al. Programa de Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n.6, pp. 1041-1052. dez. 2008.

_____. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/v19n1a08.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2013.

NESCON. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva; Faculdade de Medicina – UFMG. **Avaliação do impacto das ações do programa de saúde da família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica em adultos e idosos**: Relatório final de pesquisa. Belo Horizonte, mar, 2012.

NUNES, V. M. de A. et al. Educação em saúde envolvendo cuidadores de idosos no ambiente domiciliar. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 9, n. 31, pp. 227-232, nov. 2013. Disponível em: <<http://www.rbmfcc.org.br/rbmfc/article/view/697/633>>. Acesso em: 05 mai. 2015.

OLIVEIRA, A. C.; SIMÕES, R. F.; ANDRADE, M. V. A relação entre a atenção primária à saúde e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios mineiros. In: **Encontro Nacional de Estudos Populacionais as Desigualdades Sócio-Demográficas e os Direitos Humanos no Brasil** – ABEP – 16, Caxambu, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002**/Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos. – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Federação Internacional de Diabetes. **Ação já contra o diabetes**: uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde e da Federação Internacional de Diabetes. Genebra: Organização Mundial da Saúde/Federação Internacional de Diabetes; 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

PAGOTTO, V.; SILVEIRA, E. A.; VELASCO, W. D. Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, pp. 3061-70, 2013. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?q=perfil+das+hospitaliza%C3%A7%C3%B5es+e+fatores+associados+em+idosos+usu%C3%A1rios+do+sus&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5>. Acesso em: 05 mai. 2014.

PARAHYBA, M. I. et al. Desigualdade de gênero em saúde entre os idosos no Brasil. **XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, ABEP. Caxambú, 2006.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R. P.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 2005. v. 39, n. 3, pp. 383-91.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: NETTO, M. P. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002, pp. 26-43.

PASSOS (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Passos, 2014.

PAZO, R. G. et al. Hospitalization for primary care sensitive conditions in Espírito Santo: an ecological descriptive study, 2005 - 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, jun. 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2015.

PEIXOTO, S. V. et al. Custo das Internações Hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 13, n. 4, pp. 239-46, 2004. Disponível em: <<http://scielolab.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v13n4/v13n4a06.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2013.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PERPÉTUO, I. H.; WONG, L. R. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças do seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: **Anais do Seminário de Economia Mineira**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A043.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2013.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, pp. 1230-1238, 2011.

PINTO, R. **Sistemas de informações hospitalares no Brasil, Espanha e Portugal: semelhanças e diferença**. 162f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://bvssp.iciet.fiocruz.br/pdf/25996_pintorm.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2014.

PLONER, K. S. et al. O significado de envelhecer para homens e mulheres. In: SILVEIRA, A. F. et al. (orgs.). **Cidadania e participação social** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. pp. 142-158.

PROBST, J. C.; LADITKA, J. N.; LADITKA, S. B. Association between community health center and rural health clinic presence and county-level hospitalizations rates for ambulatory care sensitive condition: an analysis across eight US states. **BMC Health Services Research**, London, v. 9, n. 134, 2009.

REIS, R. S. et al. Access to and use of the services of the family health strategy from the perspective of managers, professionals and users. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, pp. 3321-3331, 2013.

REHEM, T. C. M. S. B; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária em saúde no Estado de São Paulo. **Ciê. e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, pp. 4755-4766, 2011.

REHEM, T. C. M. S. B. et al. Registro das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária: Validação do Sistema de Informação Hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, set-out, 2013, v. 21, n. 5, telas 1-6.

RIBEIRO, M. C. S. Epidemiologia descritiva. In: ALEXANDRE, L. B. S. P. **Epidemiologia aplicada nos serviços de saúde**. São Paulo: Martinari, 2012. pp.69-88.

RIZZA, P. et al. Preventable hospitalization and access to primary health care in area of Southern Italy. **BMC Health Services Research**, London, v. 7, n. 134, 2007.

RODRIGUES, C. G. **Dinâmica demográfica e internações hospitalares: uma visão prospectiva para o Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, 2007 a 2050**. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional – Cedeplar/Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, 2010.

RODRIGUES-BASTOS, R. M. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 59, n. 2, pp. 120-127, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2015.

ROMERO, D. et al. A Atenção Primária evita agravos de saúde dos idosos no Brasil? Utilidade do Indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) na análise da tendência e condições de vida da população idosa de Rio de Janeiro e Minas Gerais. In: **Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, XIX, 2014, São Pedro/SP. Disponível em: <http://abep.info/files/trabalhos/trabalho_completo/TC-5-16-424-398.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2015.

SANTANA, V.S. et al. Modelos Básicos de Análise Epidemiológica. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

SANTOS, M. I. P. de O. Perfil dos idosos internados no Hospital Geral em Belém (Pará). **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, pp. 23-29, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr. 2015.

SANTOS V. C. F. et al. Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da Metade Sul do RS. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2013; 34(3) pp. 124-131.

SILVA, T. S. da. **Internações hospitalares segundo condições sensíveis à atenção primária no DF**: análise dos anos de 2008 a 2012. 2013. 51f., il. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <<http://bdm.unb.br/handle/10483/6778>>. Acesso em: 07 fev. 2015.

SILVA, V. L.; ALBUQUERQUE, M. F. P. M.; CÉSSE, E. A. P.; LUNA, C. F. Perfil de mortalidade do idoso: análise da evolução temporal em uma capital do Nordeste brasileiro de 1996 a 2007. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** 2012 jul-set;15(3) pp. 433-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300005> Acesso em: 31 mar. 2015.

SILVEIRA, R. E. da et al. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 11, n. 4, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082013000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2015.

SIQUEIRA, J. A. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 38, n. 8, pp. 705-715, 2003.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G.; HINKLE, J.L.; CHEEVER, K.H. **Brunner&Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. v. 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Atualização brasileira sobre diabetes**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2005.

SOUZA, S. P. O.; BRANCA, S. B. P. Panorama epidemiológico do processo de envelhecimento no mundo, Brasil e Piauí: evidências na literatura de 1987 a 2009. **Rev. Enfermagem em Foco**: Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem, Bahia, v. 2, n. 3, agosto de 2011.

SOUZA, L. L. de; COSTA, J. S. D. da. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, pp. 765-772, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2015.

TAVARES, D. M. S.; GUIDETTI, G. E. C. B.; SAÚDE, M. I. B. M. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, pp. 299-309, 2008.

TORRES, R. L. et al . O panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária em um distrito de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. spe. 2, pp. 1661-1666, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mai. 2015.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev. Panam. Salud Pública**. 2002; 11(5-6) pp. 365-73.

VENANCIO, G. N. et al . Uso e necessidade de prótese em idosos da região Norte do Brasil: Estudo reflexivo dos resultados do Projeto Saúde Bucal Brasil 2003 e 2010. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis , v. 4, n. 4, out. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852013000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 mai. 2015.

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2014.

VERAS, R.; LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do envelhecimento. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, pp. 427-437.

VIANA, M. A. S. **Diagnóstico e Plano Municipal de Saúde de Passos 2000-2005**. Passos, dez. 1999. 163f. Faculdade de Enfermagem de Passos – Departamento materno infantil e de saúde pública.

VICTOR, J.F., et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paul. Enferm.** 2009; 22(1): 49-54.

VIEIRA, L. L. et al. O Idoso e o Cuidador Familiar: O Cuidado Domiciliar à Luz de Imogene King. **Revenferm UFPE online**, Recife, 7(9) pp. 5500-9, set. 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7818/1/2013_art_caslfreitas.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.

ZASLAVSKY, C.; GUS, I. Idoso: Doença cardíaca e comorbidades. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 79, n. 6, pp. 635-639, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2002001500011&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 dez. 2014.

ZUNZUNEGUI, M. V. et al. Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling spanish older adults. **Journal of gerontology**. v. 58B, n. 2, pp. 93-100, 2003.

ANEXO A

Diário Oficial

Imprensa Nacional

REPÚBLICA FEDERATIVA DO
BRASIL
BRASÍLIA - DF

Nº 75 – 18/04/08 – p.70

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,
Considerando o estabelecido no Parágrafo único, do art. 1º, da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, determinando que a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, publicará os manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas dessa Política;
Considerando a Estratégia Saúde da Família como prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;
Considerando a Institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil;
Considerando o impacto da atenção primária em saúde na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária em vários países;
Considerando as listas de internações por condições sensíveis à atenção primária existentes em outros países e a necessidade da criação de uma lista que refletisse as diversidades das condições de saúde e doença no território nacional;
Considerando a possibilidade de incluir indicadores da atividade hospitalar para serem utilizados como medida indireta do funcionamento da atenção básica brasileira e da Estratégia Saúde da Família; e,
Considerando o resultado da Consulta Pública nº 04, de 20 de setembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 183, de 21 de setembro de 2007, Página 50, Seção 1, com a finalidade de avaliar as proposições apresentadas para elaboração da versão final da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, resolve:

Art. 1º - Publicar, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Parágrafo único - As Condições Sensíveis à Atenção Primária estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Art. 2º - Definir que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA

ANEXO

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1, 11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02

1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites infecciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição proteico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E54
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otitis média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda (resfriado comum)	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11, 1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3		N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0

16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A48
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71

17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3		P35.0

ANEXO B

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento de Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Ruiz de Alencastro, 3000 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14040-902
Fones: 55 16 3602.3302 - 55 16 3902.3301 - Fax: 55 16 3602.8618
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 162/2014

Ribeirão Preto, 17 de setembro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 185ª Reunião Ordinária, realizada em 17 de setembro de 2014.

Protocolo CAAE: 34953714.2.0000.5393

Projeto: INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA ENTRE A POPULAÇÃO IDOSA USUÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO MINEIRO.

Pesquisadores: Sílvia Matumoto
Patrícia Fátima Bento

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof. Dra. Sílvia Matumoto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA ENTRE A POPULAÇÃO IDOSA USUÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO MINEIRO

Pesquisador: Patrícia Fátima Bento

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34953714.2.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 795.386

Data da Relatoria: 03/09/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública de que será desenvolvido pela aluna Patrícia Fátima BENTO, sob orientação da Profa. Dra. Sílvia MATUMOTO.

O projeto está apresentado de forma clara, com referências pertinentes e atualizadas. Na introdução aborda a temática a ser pesquisada, as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), conjunto de diagnósticos para os quais os serviços e as ações da APS, se oferecidos em tempo oportuno e de forma efetiva, poderiam diminuir o número de internações hospitalares por essas causas, segundo Nedel et al. (2010) e Caminal et al. (2004). Tem como foco a população idosa, considerando que, no processo de envelhecimento, ocorre a diminuição natural das atividades funcionais, e consequentemente maior predisposição para o desenvolvimento de algumas enfermidades.

Parte da hipótese de que as ações e serviços prestados à população idosa pela APS, no município de Passos, são incipientes para evitar internações por CSAP e que, em consequência disto, o índice de internações por estas condições é elevado entre esta população, tem como objetivo estudar como se caracterizam as internações por CSAP da população idosa no município de Passos.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: T05.355

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar as internações hospitalares por CSAP entre a população idosa usuária do SUS em Passos-MG, no período de 2008 a 2012.

Objetivos Específicos

Identificar o perfil dos idosos internados, pelo SUS, por CSAPs em Passos-MG, nos anos de 2008 a 2012, quanto a gênero, idade e raça;

Identificar as principais causas das internações hospitalares no SUS, por CSAPs, da população idosa de Passos-MG, no período de 2008 a 2012.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há nenhum risco implicado para a população de estudo.

Benefícios:

Oportunidade para ampliar os conhecimentos acerca das necessidades em saúde deste segmento populacional, bem como identificar possíveis fragilidades no sistema de saúde, em especial, referentes ao nível primário de atenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este é um estudo epidemiológico descritivo, quantitativo que visa caracterizar as internações hospitalares por CSAP entre a população idosa usuária do SUS em Passos-MG, no período de 2008 a 2012, esse período foi adotado considerando como marco histórico o ano de 2008, no qual foi publicada a lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária e instituída como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. Desta forma, optou-se por analisar os dados referentes a cinco anos contados a partir da publicação da lista para, assim, analisar como se caracterizam as internações hospitalares dos idosos por CSAP no município. Os dados serão coletados através de consulta ao DATASUS no Sistema de Internação Hospitalar do SUS, portanto, tratam-se de dados secundários de domínio público.

Serão considerados como critérios para inclusão:

- Internações de idosos com entre 60 e 79 anos;
- Internações de idosos residentes no município de Passos-MG;
- Internações ocorridas no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012;
- Internação ocorrida por período superior a 24 horas (período de tempo necessário para a liberação da AIH).

Serão extraídos os dados correspondentes às internações segundo

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-3388

E-mail: osp@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 755356

gênero, idade, raça e causa da hospitalização.

Os dados serão tabulados através do uso do programa Microsoft Excel 2007, será utilizada a análise estatística descritiva simples.

Embora seja uma pesquisa de dados de domínio público, as pesquisadoras submetem o projeto ao CEP para análise e pedido de dispensa do TCLE

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta o ofício de encaminhamento ao CEP da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP assinado pela orientadora da pesquisa e a aluna de mestrado.

Folha de rosto assinada pela mestranda e pela diretora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, instituição proponente, com a estimativa de 2915 participantes da pesquisa.

Dispensa do TCLE, com a justificativa de que utilizará dados secundários e de domínio público

Cronograma de atividades compatível para o desenvolvimento do estudo

Orçamento detalhado, cujas despesas estarão a cargo da pesquisadora.

Recomendações:

não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não se aplica

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-900

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-3385

E-mail: cep@ueerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 755.395

RIBEIRÃO PRETO, 17 de Setembro de 2014

Assinado por:
Angella Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3502-3395 E-mail: cec@erp.usp.br

ANEXO C

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
 Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14049-902 - Fone: 55 16 3802.3382 - 55 16 3802.3381 - Fax: 55 16 3802.0518
 www.enrp.usp.br - enrp@edn.usp.br

Ribeirão Preto, 13 de agosto de 2014.

Ilmo. Sr.

Secretário Municipal da Saúde de Passos

Sr. Dickson Helinton de Castro

Venho através desta apresentar meu projeto de pesquisa intitulado **"INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA ENTRE A POPULAÇÃO IDOSA USUÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO MINEIRO"** para sua apreciação e solicitar autorização para realização.

Trata-se de um projeto de pesquisa epidemiológica descritiva, que pretende caracterizar as internações hospitalares por CSAP entre a população idosa usuária do SUS em Passos-MG, no período de 2008 a 2012, contribuindo para identificar as necessidades de saúde desta população, no que se refere às CSAP, e que possam servir de subsídio para possíveis melhorias no sistema de saúde local, e consequentemente, no aumento da qualidade de vida desse segmento populacional. Para tanto, conforme consta no projeto em anexo, necessitarei de informações sobre as internações hospitalares dos idosos residentes em Passos no período em estudo, dados estes que serão obtidos através do DATASUS, e ainda para análise destes, será necessário consultar os relatórios anuais de gestão e o plano plurianual de saúde referentes ao período de 2008 a 2012. Embora estes sejam dados, conforme previsto na legislação em saúde, de acesso público, e optou-se por submeter o projeto para apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa para cumprir todo rigor ético.

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública - DEMISP
 Fone: 55 16 3802.3391 - 55 16 3802.3488
 demisp@usp.br

 Dickson Helinton de Castro
 Secretário Municipal da Saúde
 Município de Passos

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
 Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3360 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.2510
 www.eerp.usp.br - eerp@eerp.usp.br

Assim, o projeto será apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e cumprirá todas as normatizações da Resolução CNS nº 466/2012 e o Capítulo IV da Resolução 251/97 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

Desde já agradeço a atenção e coloco-me à disposição para qualquer informação adicional que se fizer necessária.

Atenciosamente;

Silvia Matumoto

Silvia Matumoto

Enfermeira Prof.ª Dr.ª da EERP/USP

Orientadora da Pesquisa

Patrícia Fátima Bento

Patrícia Fátima Bento

Enfermeira mestrande da EERP/USP

Pesquisadora responsável

Autorização:

14/08/2014
Dickson Hellmuth de Castro
 Dickson Hellmuth de Castro
 Secretário de Saúde
 Prefeitura Munic. de Passos