Universidade Estadual de Campinas
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós Graduação em Demografia

O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Demografia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre.

MARIA TERESA DALLA FONTANA PINTO MOREIRA PORTO

ORIENTADOR: PROFº DR. JOSÉ MARCOS PINTO DA CUNHA

Campinas,Março/2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DO IFCH - UNICAMP
Bibliotecária: Cecília Maria Jorge Nicolau CRB nº 3387

P838e

Porto, Maria Teresa Dalla Fontana Pinto Moreira
O envelhecimento populacional e a atenção à saúde do idoso na Região Metropolitana de Campinas / Maria Teresa Dalla Fontana Pinto Moreira Porto. - - Campinas, SP : [s. n.], 2011.

Orientador: José Marcos Pinto da Cunha.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Envelhecimento da população – Campinas, Região Metropolitana (SP). 2. Mortalidade. 3. Saúde do idoso. 4. Envelhecimento – Aspectos da saúde. I. Cunha, José Marcos Pinto da. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III.Título.

Título em inglês: **Population aging and health care for the elderly in the Metropolitan Area of Campinas**

Palavras chaves em inglês (keywords):
Aging population – Metropolitan Region of Campinas (SP)
Mortality
Health of the elderly
Aging – Social aspects

Área de Concentração: Demografia

Titulação: Mestre em Demografia

Banca examinadora: **José Marcos Pinto da Cunha, Nelson Rodrigues dos Santos, Estela Maria Garcia Pinto da Cunha, Domenico Feliciello, Tirza Aidar**

Data da defesa: 25-03-2011

Programa de Pós-Graduação: Demografia

Universidade Estadual de Campinas
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós Graduação em Demografia

Maria Teresa Dalla Fontana Pinto Moreira Porto

O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Demografia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre.

Este exemplar corresponde ao texto final da Dissertação defendida e aprovada pela Comissão Examinadora em 25/03/2011.

Banca Examinadora

Prof. Dr. José Marcos Pinto da Cunha (Unicamp) - Orientador

Profa. Dra Estela Maria Garcia Pinto da Cunha (Unicamp)

Prof. Dr. Nelson Rodrigues dos Santos (Unicamp)

Prof. Dr. Domenico Feliciello (Unicamp) - Suplente
Profa. Dra. Tirza Aidar (Unicamp) - Suplente

Campinas, 2011

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos que de alguma forma colaboraram na elaboração desta dissertação.

Ao meu pai pelos preciosos ensinamentos, e pelo amor incondicional. A minha mãe pelo seu otimismo, sempre pronta a oferecer uma palavra positiva e encorajadora nos momentos de desânimo.

Ao Carlos, por todos os anos vividos juntos, a vida em família, e por nossas filhas Isabella e Ana Carolina, verdadeiro sentido de nossas vidas.

A vocês meninas, muito obrigada por existirem, pelo carinho e incentivo de sempre!

Ao meu professor e orientador, José Marcos Pinto da Cunha, os agradecimentos pelos estímulos, pelas “provocações” e pelos valorosos comentários.

A Tirza Aidar e Maira, pelas críticas e significativas contribuições oferecidas no exame de qualificação oral.

Ao corpo docente do Departamento de Demografia e do NEPO, obrigada pelos ensinamentos, e especialmente à professora Rosana pelo seu entusiasmo contagiante.

Aos amigos do PESS pela torcida, disponibilidade e amizade.

Ao Dom e Zezé, pelo compartilhamento das primeiras idéias sobre o tema, assim como pelas palavras amigas nos momentos de angústia.

A Cris agradeço profundamente a paciência e o apoio nesta caminhada.

A Carmen pelas oportunidades profissionais e por me fazer acreditar na minha capacidade. Agradeço ainda, o privilégio de há anos desfrutar de seus conhecimentos e da convivência diária.

A Sônia pelas correções, sugestões e dicas preciosas.

Aos amigos do NEPP, em especial à Stella agradeço a troca de experiências e os conselhos valiosos e confortantes.

Aos bolsistas Bruno, Thiago, Danilo, Fabíola, Kelen, agradeço a ajuda na sistematização dos dados.

A Bunny, obrigada pela sua presença nos momentos mais solitários deste processo.

RESUMO

O cenário demográfico na RMC é delineado pelo aumento expressivo do envelhecimento populacional e da participação relativa das condições crônicas entre as causas de internação hospitalar e de mortalidade entre os idosos. Esse cenário e suas implicações no setor saúde reforçam a importância deste estudo, que teve como principal objetivo avaliar o processo da transição da saúde e a sinergia entre os dois componentes presentes nesse conceito: a transição epidemiológica e a transição da atenção sanitária. Nossa proposta de investigação partiu da hipótese de que os sistemas de saúde na RMC não estão organizados para responder, de forma contínua e integrada, às necessidades de saúde dos idosos. Para a verificação dessa hipótese, realizamos uma pesquisa descritiva, através de uma abordagem que conjuga análises de dados qualitativos quantitativos. Recorremos assim a duas estratégias de pesquisa. A primeira estratégia centrou-se na identificação do processo de transição das condições de saúde da população idosa na RMC, através da análise dos indicadores de morbidade hospitalar e mortalidade e da análise dos indicadores demográficos e epidemiológicos dos idosos na região, no intervalo de 1998 a 2008, a fim de traçar o perfil da morbi-mortalidade desse segmento populacional. A segunda buscou identificar alguns aspectos da transição da atenção à saúde do idoso na RMC, por meio da análise de dados relativos à implantação das políticas de atenção ao idoso na RMC, bem como à produção e à cobertura dos serviços de saúde existentes, à luz do conceito de estruturação de redes integradas de atenção e os seus diversos elementos.

Os resultados apontaram uma queda nos coeficientes de hospitalização, induzidos provavelmente pela diversidade de equipamentos alternativos às internações. Mostram também que as principais causas de mortalidade ainda são as do grupo do aparelho circulatório, do aparelho respiratório e as neoplasias, e que ocorreu um aumento significativo nas taxas de mortalidade por diabetes mellitus. Evidenciam ainda que a atenção primária não vem conseguindo exercer o papel de coordenadora da atenção à saúde nos municípios da RMC, persistindo fragilidades no processo de integração entre os vários pontos de atenção. Os dados evidenciam ainda que as instâncias gestoras do sistema não vêm priorizando a implantação de

medidas referentes à organização de um sistema integrado voltado ao atendimento das condições crônicas.

Palavras-chave: envelhecimento populacional; mortalidade; saúde dos idosos; transição da saúde; condições crônicas; sistemas integrados de atenção à saúde.

ABSTRACT

The demographic scenario in the Metropolitan Region of Campinas (MRC) is characterized by the significant increase of its aging population and by the relative increase of the chronic conditions among the causes of hospitalization and mortality among the elderly. This scenario and its implications for the health sector reinforce the importance of this work, which aimed at the process of health transition and the synergy between two elements of this concept: the epidemiological transition and the transition of health care. Our research proposal hypothesized that the healthcare systems in the MRC are not organized to respond in a continuous and integrated way the needs of the elderly. To verify this hypothesis, we conducted a descriptive research through an approach that combines analysis of both quantitative and qualitative data. We resorted, therefore, to two research strategies. The first strategy focused on the identification of the transition process of the health conditions of the elderly population in the MRC, through the analysis of the indicators of hospital morbidity and mortality and through the analysis of the demographic and epidemiological indicators of the elderly in this region, in the range of 1998 to 2008, in order to delineate the profile of morbidity and mortality in this population segment. The second strategy aimed to indentify some aspects of the elderly health care transition in the MRC, through the analysis of data relating to the implementation of policies for the elderly in the MRC, as well as the production and coverage of the existing health services, from the standpoint of the concept of structuring integrated systems of care and its several elements.

The results showed a decrease in the coefficients of hospitalization, probably induced by the diversity of equipment alternatives to hospitalization. They also show that the main causes of mortality are still the group of the circulatory system, of the respiratory system and of neoplasms, and that there was a significant increase in mortality rates for *diabetes mellitus*. The results also show that the primary health care has been unable to coordinate health care in the municipalities of RMC, leaving persisting problems in the process of integration between the various points of attention. The data show as well that the managing instances of the health system have not prioritized the implementation of measures concerning the organization of an integrated system that seeks to provide care for chronic conditions.

Keywords: population aging, mortality, elderly heath; health transition, chronic conditions, integrated systems of health care.

SUMÁRIO

Introdução		**01**
CAPÍTULO 1		**07**
1.1.	Considerações sobre o envelhecimento populacional no Brasil	07
1.2.	Políticas públicas voltadas à Atenção à Saúde do Idoso no Brasil	14
1.3.	O envelhecimento e a transição da saúde no Brasil	17
1.3.1	A transição epidemiológica no Brasil	19
1.3.2	Prevalência de agravos entre os idosos no Brasil	23
1.3.3	As Condições Crônicas o modelo de atenção à saúde	25
1.4.	O SUS e a atenção à saúde do idoso	27
CAPÍTULO 2		**31**
2.1.	Caracterização do estudo	31
2.2.	Procedimentos de coleta e análise dos dados	34
2.2.1.	Coleta e processamento dos dados quantitativos	35
2.2.2.	Coleta e processamento dos dados qualitativos	44
CAPÍTULO 3		**47**
3.1.	Aspectos demográficos do envelhecimento na Região Metropolitana de Campinas	47
3.2.	A Transição epidemiológica e o perfil epidemiológico dos idosos na RMC	55
3.2.1.	Aspectos da mortalidade dos idosos na RMC	56
3.2.2.	Aspectos das internações e da morbidade hospitalar dos idosos na RMC	64
CAPÍTULO 4		**79**
4.1.	O desenvolvimento da Atenção à Saúde do Idoso na RMC	79
CONCLUSÕES		**105**
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		**115**

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

Figura 1 - Custo Proporcional de AIH e Composição Populacional Proporcional - Brasil, 2008 27

Gráfico 1 - Pirâmide Etária -1991. População Residente por faixa etária e sexo na RMC 50

Gráfico 2 - Pirâmide Etária -2009. População Residente por faixa etária e sexo na RMC 50

Gráfico 3 - Percentual da População com Menos de 15 Anos, de 15-49 Anos e com mais de 60 Anos na RMC em, 1991, 2000, 2009 52

Gráfico 4 - Distribuição % da mortalidade, segundo grupos etários na RMC, 1999 e 2008 57

Gráfico 5 - Existência de Plano Cargos Carreiras e Salários nos municípios da RMC, 2008 94

Quadro 1 - Projeção da População do Brasil por Idade para o Período 1991-2050 – Revisão 2008 09

Quadro 2 - Legislação Federal com aspectos relacionados à proteção à saúde do idoso no Brasil. 15

Tabela 1 - Principais diferenças entre as condições agudas e crônicas 22

Tabela 2 - Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População, dos municípios da Região Metropolitana de Campinas, São Paulo e Brasil 1991/2000; 2001/2009 48

Tabela 3 - Grau de Urbanização da população nos municípios da RMC, São Paulo e Brasil 1991, 2000-2010 49

Tabela 4 - Índice de Envelhecimento da População no Brasil, São Paulo e RMC nos Anos de 1991, 2000-2008 51

Tabela 5 - Proporção de Idosos na estrutura etária por Ano e Sexo na RMC, 1991; 2000; 2009 52

Tabela 6 - Razão de Sexos por Ano e Faixa Etária na RMC, 1991, 2000, 2008 53

Tabela 7 - Esperança de vida ao nascer na RMC, São Paulo e Brasil 1991, 2000, 2005 e 2008 54

Tabela 8 - Esperança de vida ao nascer para sexo masculino e feminino, Brasil e São Paulo 1991, 2000 e 2008 54

Tabela 9 - Taxa de Mortalidade (por 1000 habitantes) entre Idosos (60-69, 70-79 e 80+Anos) por sexo e grupo etário na Região Metropolitana de Campinas e Estado de São Paulo Média trienal 1998-2000 e 2006-2008 57

Tabela 10 - Mortalidade Proporcional por Causa - CID-BR-10 – por sexo e na Faixa Etária de 60 a 69 Anos- Região Metropolitana Campinas-1999 e 2008 (média trienal) 58

Tabela 11 - Mortalidade Proporcional por Causa - CID-BR-10 – por sexo e na Faixa Etária de 70 a 79 Anos na Região Metropolitana Campinas-1999 e 2008 (média trienal) 59

Tabela 12 - Mortalidade Proporcional por Causa - CID-BR-10 – por sexo e Faixa Etária de 80 e mais - Região Metropolitana Campinas-1999 e 2008 (médias trienais) 59

Tabela 13 - Taxa de Mortalidade Especifica (por 100.000 habitantes) por sexo e na Faixa Etária de 60 a 69 Anos, por capítulos da CID 10 Região Metropolitana Campinas-1999 e 2008 (média trienal) 61

Tabela 14 - Taxa de Mortalidade Especifica (por 100.000 habitantes) por sexo e na Faixa Etária de 70 a 79 anos, por capítulos da CID 10 Região Metropolitana Campinas-1999 e 2008 (média trienal) 61

Tabela 15 - Taxa de Mortalidade Especifica (por 100.000 habitantes) por sexo e na Faixa Etária de 80 anos e mais, por capítulos da CID 10 Região Metropolitana Campinas-1999 e 2008 (média trienal) 62

Tabela 16 - Coeficiente de Hospitalização na RMC por Ano e Grupo Etário (0-14, 15-59, 60-69, 70-79 e acima de 80) 1999-2008 65

Tabela 17 - Tempo Médio de Permanência Hospitalar, em dias, Região Metropolitana de Campinas e Brasil, média trienal 1998-2000 e 2007-2009 e variação percentual no período 66

Tabela 18 - Índice de Hospitalização, em dias, Região Metropolitana de Campinas e Brasil, 1999-2008 e variação percentual no período 66

Tabela 19 - Custo médio de internações hospitalares, em R$ Região Metropolitana de Campinas e Brasil, 1999-2008 e variação percentual no período 67

Tabela 20 - Índice de Custo de internações hospitalares, em R$ Região Metropolitana de Campinas e Brasil, 1999-2008 e variação percentual no período 67

Tabela 21 - Morbidade Hospitalar nos idosos de 60 a 69 anos residentes na RMC, por grupo de causas da CID 10 1999-2008 68

Tabela 22 - Morbidade Hospitalar nos idosos de 70 a 79 anos residentes na RMC, por grupo de causas da CID 10 1999-2008 72

Tabela 23 - Morbidade Hospitalar nos idosos de 80 anos e mais residentes na RMC, por grupo de causas da CID 10 1999-2008 75

Tabela 24 - Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur na RMC em 1999 e 2008 77

Tabela 25 - Percentual de homens e mulheres acima de 60 anos cadastrados na atenção primária na RMC, nos anos de 1999 e 2008 83

Tabela 26 - População Coberta pelo PSF e Média de Consultas Médicas, Região Metropolitana de Campinas – Período: 2000-2008 85

Tabela 27 - Número e tipologia de consultas na atenção primária. RMC 2000 e 2009 86

Tabela 28 - Necessidade e produção de consultas de urgência e emergência na RMC, 2000-2008 86

Tabela 29 - Necessidades de consultas e produção na Atenção Primária na RMC 87

Tabela 30 - Número de Leitos Existentes por grandes especialidade e SUS - Brasil, Estado de São Paulo e Região Metropolitana de Campinas – 2007 89

Tabela 31 - Comparação entre necessidade e produção de internações – RMC 90

Tabela 32 - Total de municípios da RM Campinas com setores da área de saúde informatizados -2008 92

Tabela33-Processos de atendimento informatizados por número de municípios. RMC, 2008. 92

Tabela 34 - Consultas e Relatórios informatizados por município. RMC, 2008 93

Tabela 35 - Principais dificuldades encontradas para a contratação e fixação de médicos, por município. RMC, 2008 94

Tabela 36 - Atividades de promoção à saúde, por município. RMC, 2008 97

Tabela 37 - Utilização de protocolos clínicos para Hipertensão na RMC, 2008 98

Tabela 38 - Utilização de protocolos clínicos para Diabetes na RMC, 2008 99

Tabela 39 - Utilização de protocolos clínicos para TU de Próstata na RMC, 2008 100

Tabela 40 - Utilização de protocolos clínicos para violência/acidentes na RMC, 2008. 101

Tabela 41 - Número total de ILPI existentes informadas e cadastradas pela VISA – GVS VII Campinas -2010 104

INTRODUÇÃO

No Brasil, a transição demográfica, caracterizada pela mudança de uma situação de altas taxas de fecundidade e mortalidade para uma situação de baixa fecundidade e progressiva redução da mortalidade, tem sido responsável por mudanças significativas na estrutura etária. Além disso, no último século, as expectativas de vida tiveram um aumento significativo na população brasileira. Como conseqüência desse processo, o tamanho e a participação relativa da população de 60 anos e mais no total da população brasileira vêm aumentando, devendo aproximar-se de 50 milhões em 2050, ou 20% da população total, segundo projeções do IBGE (2008). Isso corresponde a uma proporção mais alta que a encontrada hoje em qualquer país europeu. As projeções atuais apontam ainda para um envelhecimento progressivo da própria população mais velha. O grupo dos que tinham 80 anos ou mais, em 2000, constituindo 17% da população, corresponderá a 28%, em 2050 (RIPSA, 2009). Assim, o Brasil se defrontará com a difícil situação de assistir uma sociedade progressivamente mais envelhecida, num período de tempo bem menor que aquele vivenciado pelos países desenvolvidos.

O incremento progressivo e acentuado da população idosa vem ocasionando mudanças significativas nos perfis de saúde, para as quais os sistemas de saúde ainda não organizaram respostas satisfatórias. Os cuidados de saúde necessários para a população idosa são diferentes daqueles apresentados por outros grupos etários, em função das incapacidades e dos processos degenerativos que afetam essa população e requerem investimentos consideráveis em recursos físicos, medicamentos, recursos humanos capacitados e procedimentos tecnológicos.

Nas últimas décadas, a expectativa média de vida do brasileiro vem se ampliando de tal forma que grande parte da população atual alcançará a velhice. Uma das conseqüências desse processo é o aumento concomitante na incidência e prevalência de problemas crônicos de saúde[1], decorrentes da maior exposição

[1] De acordo com a OMS (2003), "as condições crônicas constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas. Vistas sob essa perspectiva, as condições crônicas abrangem um categoria vasta de agravos que poderiam não ter nenhuma relação entre si. No entanto, doenças transmissíveis e não transmissíveis e incapacitantes estruturais, embora pareçam dispares, incluem-se na categoria de condições crônicas. As condições crônicas apresentam um ponto em comum: elas persistem e necessitam de um certo nível de cuidados permanentes."

dessa população a agravos que demandam cuidados contínuos. Para Camarano (2004), embora já apresentem um perfil demográfico semelhante ao dos países do primeiro mundo, os grandes centros populacionais brasileiros ainda não dispõem de infra-estrutura de serviços que atenda de forma adequada as demandas decorrentes das transformações demográficas vigentes.

De acordo com a OMS (2003):

> *"as condições crônicas compartilham algumas características preocupantes: estão aumentando no mundo todo, representam um sério desafio para os atuais sistemas de saúde no tocante a eficiência e efetividade e desafiam nossas capacidades em organizar sistemas que supram as demandas iminentes; causam sérias conseqüências econômicas e sociais em todas as regiões e ameaçam os recursos em cada país; podem ser minimizadas somente quando os gestores adotarem mudanças e inovações no modelo de atenção a saúde".*

Com efeito, o atual aumento, absoluto e relativo, da população idosa e de sua longevidade não tem sido acompanhado por um acúmulo de conhecimentos detalhados sobre esse contingente populacional e, conseqüentemente, são escassos os avanços para o desenvolvimento e implantação de políticas sociais voltadas a sua saúde (Campos e Rodrigues 2004; Camarano 2004).

Frente a esses aspectos supracitados, podemos sintetizar o quadro atual como um cenário marcado pelo envelhecimento relativo da população, aumento da longevidade e maior predominância das condições crônicas. Entendendo que esses fenômenos ocorrem num contexto mundial e nacional, buscamos explicar o surgimento e o ritmo em que se manifestam a transição demográfica e a transição da saúde[2] na RMC, numa tentativa de obter um conhecimento mais abrangente e contextualizado desse quadro. Para tanto, este estudo analisa as variações na composição etária da população metropolitana e o peso relativo das condições crônicas na estrutura de óbitos e de mortalidade de idosos, por subgrupos etários.

A hipótese que norteia este estudo é que os sistemas de saúde na RMC não estão desenhados e organizados para atender as necessidades de saúde dos idosos, decorrentes do processo de envelhecimento populacional vivenciado na região. Desse modo, buscamos analisar comparativamente o envelhecimento da população e os indicadores de saúde relativos à população idosa ao longo de 10

[2] Nesta pesquisa, trabalharemos com o conceito de transição da saúde que, para Frenk et al (1991) e Schramm et al (2004), abrangem dois elementos principais: a transição das condições de saúde, ou transição epidemiológica, e a transição da atenção a saúde.

anos na Região Metropolitana de Campinas (RMC). Para isso, foram levantados dados referentes à morbidade hospitalar e mortalidade dos idosos; produção e cobertura dos serviços existentes e organização da atenção à saúde para esse grupo etário na RMC. No sentido de explicitar as inadequações existentes entre o modelo de atenção à saúde do idoso adotado na RMC e as necessidades de saúde desse segmento populacional, buscamos ainda considerar, no âmbito deste estudo, o desenvolvimento das políticas e diretrizes definidas para a atenção à saúde dos idosos na região e os gastos em saúde com essa população no período estudado.

O objetivo deste trabalho, à luz do conceito de transição da saúde, foi responder às seguintes perguntas:

1) Quais as causas de morte de idosos em 1999 e em 2008 na RMC?
2) Quais as causas das internações dos idosos na RMC em 1999 e 2008?
3) Quanto custou as internações hospitalares dessa população na RMC em 1999 e 2008?
4) Os leitos hospitalares existentes na RMC são suficientes para atender a demanda dos idosos?
5) Como foram organizados os programas e serviços de saúde ao idoso no período analisado na RMC, frente às diretrizes nacionais e estaduais definidas?
6) Houve mudanças nos indicadores de cobertura e acesso dos idosos no período analisado, proporcional ao processo de envelhecimento observado?

A abordagem que orientou este estudo pressupõe que a organização da atenção à saúde exerce influência sobre as condições de vida e saúde de uma população, expressas pelo padrão de morbi-mortalidade. Nessa perspectiva, o estudo buscou retratar as especificidades e diferenciais entre sexo e subgrupos etários por meio das taxas específicas de mortalidade. Empregando-se óbitos por residência, explorou também a existência de diferenças entre os principais grupos de causas da CID 10 entre os subgrupos etários nos períodos comparados nesta investigação. Dessa forma, o estabelecimento de um intervalo de 10 anos entre os dois períodos pesquisados (1999 e 2008) permitiu avaliar o alcance das mudanças operadas na organização do modelo de atenção ao idoso na RMC.

Para enfrentar o desafio de uma atenção qualificada e resolutiva é fundamental a priorização no desenvolvimento de ações e atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, especialmente para o grupo etário acima dos 60 anos. Dentre a literatura produzida sobre a importância da priorização dessas

atividades, alguns estudos nos forneceram o aporte teórico para a análise dessa questão[3]

De acordo com Camarano (2004) a demarcação de grupos populacionais é fundamental para a formulação de políticas públicas, considerando que isto possibilita o dimensionamento dos beneficiários, a focalização da empregabilidade dos recursos e a concessão de direitos bem delimitados a esses grupos.

A estrutura da presente dissertação é composta, além desta parte introdutória, por quatro capítulos, e as considerações finais.

No primeiro capítulo, apresentamos a discussão teórica atual acerca das demandas para o setor saúde oriundas das transformações demográficas. É enfocado o processo de envelhecimento populacional no Brasil, com suas principais características, e suas implicações para os sistemas e as políticas e diretrizes existentes voltadas à proteção à saúde do idoso. Nossa análise fundamenta-se no conceito de transição da saúde, envolvendo a transição epidemiológica e a transição da atenção à saúde. Abordamos também o conceito de condições crônicas de saúde e os principais agravos dos idosos no cenário nacional, bem como o modelo assistencial predominante.

A metodologia é apresentada no segundo capítulo, em que delimitamos o conceito de idoso utilizado no âmbito deste estudo e descrevemos as fontes de dados utilizadas, apontando suas possibilidades e limitações, bem como as técnicas de análise utilizadas. Neste capítulo tecemos também algumas considerações acerca da unidade territorial analisada.

No terceiro capítulo, apresentamos os principais aspectos demográficos e epidemiológicos dos idosos na RMC, seguidos da análise do comportamento e das tendências da morbidade hospitalar e da mortalidade nesse grupo, bem como características das internações hospitalares dos idosos na RMC.

No capitulo quatro buscamos caracterizar a organização do modelo de atenção a saúde do idoso. Para isso, foram utilizados dados referentes à capacidade instalada e cobertura dos idosos pelos serviços de saúde, inclusive pelo sistema de saúde suplementar. Finalizamos o capítulo examinando em que medida a transição da saúde está com seus dois componentes em processo cadenciado, e se os

[3] Malta et AL, 2006; WHO, 2005: Teixeira, 2006; Mendes, 2008; Schramm et al, 2004.

sistemas de saúde estão organizados e operando de acordo com as necessidades geradas pela transição demográfica e pela predominância das condições crônicas.

As conclusões foram construídas a partir das principais constatações e achados da pesquisa. Analisamos aqui correlações e descompassos entre o perfil epidemiológico dos idosos na RMC, a atual capacidade instalada e o modelo de atenção à saúde do idoso vigente na região. Também neste capítulo são elencados desafios a serem enfrentados para a qualificação desse modelo na região.

Finalmente, vale ressaltar que as escolhas feitas no âmbito deste trabalho se pautam na perspectiva de contribuir com a implantação de políticas que possibilitem a organização de sistemas de saúde voltados às necessidades epidemiológicas e sociais da população idosa.

CAPÍTULO 1

O Envelhecimento Populacional e suas implicações para a saúde no Brasil

Este capítulo apresenta o referencial teórico que fundamenta as análises e reflexões desenvolvidas, com foco nas seguintes temáticas: transição demográfica e envelhecimento populacional, transição da saúde, transição epidemiológica, transição da atenção à saúde, predomínio das condições crônicas e modelo de atenção à saúde, voltado aos agravos de maior prevalência nos idosos.

1.1. Considerações sobre o envelhecimento populacional no Brasil

O envelhecimento populacional no mundo iniciou-se no final do século XIX na Europa e no início do século passado no restante dos países mais desenvolvidos. No Brasil, desde o Século XIX, tanto os níveis de fecundidade como os de mortalidade mantinham-se, com pequenas oscilações, em patamares regularmente elevados. A mortalidade começou a apresentar leves e graduais declínios já a partir do final do século, enquanto a fecundidade experimentava declínios menos significativos a partir do início do Século XX. Os elevados valores das taxas brutas de natalidade, que oscilavam entre 45 e 50 nascimentos por mil habitantes, e as taxas de fecundidade total, que variavam entre 7 e 9 filhos, em média, por mulher, refletiam a prevalência de uma concepção de família numerosa, típica de sociedades agrárias e precariamente urbanizadas e industrializadas, presentes no início do século passado. Entre as décadas de 40 e 60, a mortalidade caiu significativamente, e a fecundidade ainda permaneceu em níveis altos

O processo de envelhecimento se intensificou no Brasil a partir da década de 60, resultado de uma significativa diminuição das taxas de fecundidade e natalidade e no aumento progressivo da expectativa de vida. A partir dessa década, a fecundidade inicia um período de queda acentuada e, no final dos anos 1960, e principalmente durante a década de 1970, as transformações em curso na sociedade brasileira – fortes deslocamentos migratórios do campo para a cidade, levando a um intenso e diversificado processo de urbanização; avanços no processo de assalariamento da economia brasileira e engajamento crescente da mulher no mercado de trabalho urbano – levaram a alterações substantivas, no comportamento reprodutivo (IBGE 2009). Esse fenômeno acabou gerando alterações na distribuição

etária da população brasileira. As previsões indicam que, em menos de 65 anos (1960-2025), o Brasil terá concluído o processo de transição demográfica[4], diferentemente dos países desenvolvidos que, por sua vez, precisaram de mais de um século para concluir tal processo (WONG, 2006).

A Transição da Estrutura Etária (TEE), decorrente da transição demográfica, leva a uma alteração no formato da pirâmide etária. A base dessa pirâmide se estreita (menor volume de crianças de 0 a 4 anos) e, em longo prazo, a pirâmide se aproxima mais do formato retangular. A transição dessa estrutura etária inclui, posteriormente, alterações no tamanho relativo e absoluto das coortes, num processo ininterrupto de envelhecimento populacional, considerando que os jovens têm menor participação no total da população, enquanto as populações adultas e idosas têm maior peso relativo.

As modificações no padrão e no nível da mortalidade são refletidas no aumento da expectativa de vida, sendo resultado de uma diminuição da mortalidade em todas as idades, mas, sobretudo, da redução da mortalidade infantil. Segundo dados do DATASUS, o Brasil apresentou um aumento de quase 10 anos na expectativa de vida ao nascer somente entre os anos de 1980 a 2007.

Quanto ao aumento do contingente de idosos no Brasil, o número de maiores de 60 anos de idade passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020. Em alguns países da Europa, por exemplo, foram necessários cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho. Tendo como referência a revisão das projeções da população brasileira até 2050, realizada pelo IBGE em 2008, e considerando-se a hipótese de maior velocidade futura de queda da fecundidade em relação à revisão efetuada em 2004, pode-se notar que as estruturas etárias derivadas evidenciam o aprofundamento de algumas das características assinaladas e mudanças em outras, ou seja, mantidas as tendências, espera-se que ocorra, no período de 2000 a 2030, um aumento de aproximadamente 33 milhões de pessoas com idades de 15 a 60 anos, iniciando-se, a partir dessa data, fortes reduções nessa faixa etária, a tal ponto que a comparação dos valores desse grupo, em 2050, com o observado em 2000, aponta para um aumento de apenas 16,5 milhões (RIPSA, 2009).

[4] Segundo a teoria da transição demográfica, o envelhecimento populacional seria o resultado final da transição demográfica, expresso na maior participação absoluta e relativa dos idosos na estrutura etária.

O índice de envelhecimento coloca o Brasil, nas próximas décadas, entre os países com mais acentuado ritmo de envelhecimento da população. Em 2025, segundo o *Informe de Situação e Tendências: Demografia e Saúde* (RIPSA, 2009), o valor desse índice deverá superar em até cinco vezes aquele observado em 1975. Em 2025, para cada conjunto de 100 menores de 15 anos, haverá 46 idosos, contra 10 existentes em 1975. Finalmente, em 2050, o número de pessoas idosas ultrapassará o de menores de 15 anos (Quadro 1). Além disso, as projeções atuais apontam para um envelhecimento progressivo da própria população idosa. O grupo dos que tinham 80 anos ou mais – constituindo 17% em 2000 – corresponderá a 28% em 2050 (IBGE, 2008).

Quadro 1 - Projeção da População do Brasil por Idade para o Período 1991-2050 – Revisão 2008

Faixa Etária	1991	2000	2010	2020	2030	2040	2050
0-9	35.461.666	33.574.371	32.476.206	26.263.795	24.077.815	20.861.185	18.306.683
10-14	16.560.381	17.428.566	16.963.246	15.307.539	12.683.191	11.726.631	10.000.269
60-69	6.210.250	8.012.677	10.669.342	16.101.391	21.793.619	25.047.369	29.722.090
70-79	3.047.330	4.315.722	5.959.647	8.214.877	12.766.956	17.587.947	20.580.182
80 e +	976.456	1.586.958	2.653.060	4.005.531	5.912.229	9.420.483	13.748.708

Fonte: Fundação IBGE, 2008.

Assim, o processo de envelhecimento da população brasileira, inicialmente caracterizado como envelhecimento pela base, em função da sua vinculação à redução dos níveis de fecundidade, passa, cada vez mais, a se enquadrar no tipo de envelhecimento pelo topo, na medida em que aumenta a longevidade da população idosa. Tais alterações levam a uma heterogeneidade do segmento populacional chamado idoso. Por exemplo, esse grupo etário abrange um intervalo de aproximadamente 30 anos. Compreende pessoas na faixa de 60 anos, que pelos avanços tecnológicos e pelas condições de vida, podem estar em pleno vigor físico e mental, bem como pessoas na faixa de 90 anos, que devem se encontrar em situações de maior vulnerabilidade. Segundo Carvalho (2001), a ocorrência de ganhos de vida nas idades avançadas resulta em um contingente de idosos maior e ainda mais longevo. No período de 1990 a 2000, o segmento que mais cresceu entre os idosos foi o das pessoas com 75 anos e mais, que aumentou em 49,3%, ao passo que a população de 60 a 64 anos cresceu 26,5%, a de 65 a 69 anos

aumentou 29,0% e houve elevação de 45,1% entre aqueles com 70 a 74 anos (IBGE, 2008). Podemos observar, assim, que o contingente de idosos, além de numeroso, é heterogêneo, por se caracterizar pelo conjunto de coortes com características tão peculiares. A heterogeneidade do grupo de idosos em termos etários traz também demandas diferenciadas, o que tem rebatimento na formulação de políticas públicas para o segmento (CAMARANO, 2004).

O envelhecimento no Brasil também é uma questão de gênero. Os diferenciais de gênero entre a população idosa são notáveis. Considerando a população idosa como um todo, observa-se que 55% dela são formados por mulheres. Quando desagregada pelos subgrupos de idade, a diferença entre essas proporções aumenta, principalmente entre os mais idosos. A predominância das mulheres nesse grupo etário se dá nas áreas urbanas; nas áreas rurais o predomínio é masculino. Para cada grupo de 100 mulheres idosas, havia, em 2000, 81 homens idosos; em 2050, haverá 76 idosos do sexo masculino. Entre aqueles com 80 ou mais anos de idade, para cada conjunto de 100 mulheres, o número de homens deverá cair, entre 2000 e 2050, de 71 para 61 (RIPSA, 2009).

Caso se concretize as perspectivas de sobrevivência, haverá, em meados do século, quase duas mulheres para cada homem entre aqueles mais idosos. A tendência de as mulheres sobreviverem aos homens, exibindo uma mortalidade menor que a masculina, ocorre em todo o mundo, mas isso não significa que desfrutem de melhor condição de saúde. A mortalidade constitui somente um reflexo da deterioração extrema da saúde, que não dá conta das profundas variações que se registram no estado de bem-estar daqueles que sobrevivem. Há evidências de que as mulheres idosas suportam uma maior carga de doença e de declínio funcional do que os homens, o que está associado a diversos fatores (PARAHYBA, 2006).

Considerando o referencial teórico que norteia o desenvolvimento deste nosso trabalho, cabe dar destaque às diferentes definições de envelhecimento, seja sob o aspecto demográfico, seja sob o aspecto biológico e sua relação com a velhice.

Do ponto de vista demográfico, o envelhecimento populacional se refere:

> (...) à mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento no peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice (CARVALHO; GARCIA, 2003, p.726).

No âmbito da demografia, é relevante o estudo de Fried e Wallace (1992) sobre as inter-relações entre o ganho de anos vividos de uma população e suas implicações para a saúde. Viver mais significa estar exposto a um desgaste que coloca as pessoas mais velhas sob um risco aumentado de piorar a saúde ou morrer.

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento, nas palavras de Neri (2001):

> "Compreende os processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual e que implicam a diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência" (p.68).

É interessante notar que o processo de envelhecimento engloba a *velhice* que, distintamente, é definida como:

> "(...) a última fase do ciclo vital e é delimitada por eventos de natureza múltipla, incluindo, por exemplo, perdas psicomotoras, afastamento social, restrição em papéis sociais e especialização cognitiva. À medida que o ciclo vital humano se alonga, a velhice passa a comportar subdivisões que atendem a necessidades organizacionais da ciência e da vida social (NERI, 2001, p.69)."

Antes de analisarmos as implicações do envelhecimento da população nas políticas de saúde, julgamos necessário destacar o papel dessas políticas como um dos determinantes do aumento da longevidade da população e, conseqüentemente, do aumento do peso relativo dos idosos na estrutura populacional. Como já ressaltado, o rápido e sustentado declínio da fecundidade foi o principal responsável pelo processo de envelhecimento populacional no Brasil e, mais recentemente, uma queda significativa nos níveis de mortalidade nas idades avançadas tem contribuído para acelerar esse processo. Embora não estejam totalmente esclarecidas as causas que levaram a essa redução da mortalidade, cabe mencionar, dentre elas, o impulso dado aos sistemas de saúde, à previdência social, à infraestrutura urbana e à regulamentação do trabalho nas principais regiões do País, a partir dos anos 30. Esses fatores institucionais, juntamente com os avanços da indústria químico-farmacêutica, concorreram para o controle e a redução de várias doenças, principalmente as infectocontagiosas e pulmonares que até então tinham forte incidência, com altos níveis de mortalidade.

No que diz respeito a essa queda da mortalidade, podemos afirmar que o debate sobre o desempenho dos serviços de saúde na prevenção de óbitos em populações humanas sempre esteve presente. Desde a década de 1960, Mckeown *apud* Malta e Duarte (2006), já defendia que o cuidado em saúde explicava apenas parte da redução da mortalidade das populações e não justificava completamente, por exemplo, o enorme declínio da mortalidade da tuberculose ao longo do século passado. O declínio seria decorrente mais da melhoria das condições de vida do que da introdução de antibióticos e da imunização, uma vez que esses eventos ocorreram posteriormente à redução observada da doença. Alguns autores não deixam de admitir o papel protetor da melhoria das condições socioeconômicas (NOLTE; MCKEE, 2004); porém, também defendem as inegáveis contribuições a serem imputadas ao setor saúde quanto às mudanças positivas atuais e históricas do quadro de morbi-mortalidade das populações. Mensurar esse impacto, todavia, ainda se caracteriza como um grande desafio metodológico.

Por outro lado, os Sistemas de Saúde são um dos setores essencialmente mais afetados pelo envelhecimento populacional e pelo aumento da longevidade, pois na medida em que a idade avança a demanda por estratégias de manutenção da saúde aumenta (SAAD, 1990; VERAS, 2003). Além disso, Mendes (1996) já afirmava que o custo da atenção à saúde no grupo etário de 56 a 65 anos é vinte vezes maior que no grupo de etário 0 a 17 anos, o que tem uma forte implicação nas despesas do sistema de saúde. Como parte da crise global do sistema de saúde, a assistência ao idoso apresenta um importante estrangulamento. O efeito do envelhecimento populacional sobre a organização e viabilidade financeira dos sistemas de saúde vem sendo bastante debatido nos países desenvolvidos, cuja transição demográfica já se encontra em estágios mais avançados.

O processo de envelhecimento populacional modifica paulatinamente o perfil de saúde da população: ao invés de processos agudos que se resolvem rapidamente por meio da cura ou do óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que muitas vezes significam décadas de utilização dos serviços de saúde – medicamentos, consultas médicas e internações hospitalares de longa duração, resultando, conseqüentemente, em maiores gastos (WONG e CARVALHO, 2006).

São exemplos das enfermidades características desse novo perfil: seqüelas do Acidente Vascular Cerebral (AVC), fraturas após quedas e limitações provocadas

pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, além de amputações e cegueira provocadas pelo diabetes e dependência determinada pela demência de Alzheimer.

Lessa (1998), no estudo das doenças crônicas não transmissíveis no contexto da população adulta, destacou que a quase totalidade dessas doenças aumenta sua prevalência, incidência e mortalidade com o envelhecimento. A autora considera que ainda são escassos os estudos específicos para idosos sobre fatores associados à morbidade e à mortalidade nesse grupo. A maioria dos estudos que investiga os fatores associados a doenças crônicas não transmissíveis no idoso focaliza também os demais segmentos da população adulta. Lessa chama ainda a atenção para o fato de os idosos terem uma exposição mais prolongada, o que pode levar a uma perda da importância de fatores hereditários na determinação de algumas patologias, prevalecendo os fatores adquiridos no decorrer da vida e resultantes do próprio processo de envelhecimento. Outro ponto que Lessa considera se refere aos fatores associados ao estilo de vida, que resultam em *"declínio da prevalência entre os idosos, mas isso nem sempre significa que o risco para as patologias a eles associadas tenha deixado de existir, apenas reduzem no decorrer do tempo para algumas delas"* (p.206). Exemplo dado pela autora é o alcoolismo, que tende ao declínio da prevalência entre idosos, "*daí ser a mortalidade pela cirrose hepática de etiologia alcoólica mais baixa nas idades mais avançadas" (p.206).*

A participação desproporcional do segmento idoso da população brasileira na demanda por serviços de saúde parece estar passando despercebido por gestores em saúde. Há fortes indícios de que o sistema de saúde ainda não está devidamente estruturado para atender às necessidades crescentes desse segmento etário. Exemplo disso é o pequeno número de profissionais de saúde habilitados a tratar de idosos, o que tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem adequada desse paciente (CABRERA, 2000).

De acordo com Diogo e Duarte (1999), a maioria das instituições brasileiras de ensino da área de saúde não está considerando devidamente, no âmbito de suas atividades acadêmicas, o atual processo de transição demográfica e sanitária e suas conseqüências médico-sociais, não oferecendo conteúdo adequado em seus cursos de graduação. Com isso, amplia-se a carência de recursos técnicos e humanos para enfrentar a explosão desse grupo populacional nas próximas décadas. Preocupação

relevante deve ser a formação e a educação permanente de recursos humanos para o atendimento geriátrico e gerontológico, desde o nível primário de atenção à saúde até o de alta complexidade.

Importante reflexão faz Veras (2003) ao destacar que a abordagem médica tradicional, focalizada em uma queixa principal, e o hábito médico de reunir as queixas e os sinais em um único diagnóstico podem ser adequadas ao adulto jovem, mas não ao idoso. O novo quadro epidemiológico requer, por exemplo, clínicos aptos e geriatras que trabalhem de forma integrada com a atenção básica e especialidades, tais como neurologia, cardiologia, nutrição, reabilitação. Tempo e investimentos significativos serão necessários para dispor de profissionais em qualidade e quantidade adequada.

A mudança radical de demanda por saúde conseqüente ao envelhecimento populacional impõe a readequação do sistema de saúde, nos aspectos de infra-estrutura e de recursos humanos, como também o desenvolvimento de uma ampla base técnica e metodológica que inclua a revisão de procedimentos e protocolos assistenciais.

1.2. Políticas Públicas voltadas à Atenção à Saúde do Idoso no Brasil

A formulação e a implementação de políticas referem-se à ação governamental proposta com o objetivo de atingir um grupo de cidadãos ou a população como um todo e, têm por finalidade causar algum tipo de impacto a curto, médio ou longo prazo (VIANA, 1996). As políticas públicas voltadas à saúde da pessoa idosa devem ter como maior objetivo a busca de um envelhecimento saudável, preservando ao máximo a autonomia e reduzindo-se sempre que possível as incapacidades e sequelas deixadas por doenças preveníveis e crônicas.

No que diz respeito ao arcabouço jurídico de proteção à saúde do idoso, o Brasil tem evidenciado avanços significativos, em que pese à dificuldade na implantação desse conjunto de diretrizes e ações definidas. Como não existe uma política cuja implementação esteja isenta dos mais variados percalços ou que dela resultem efeitos indesejados, as expectativas de que tudo vai sair como planejado normalmente são frustradas, pois se fundamentam em um "dever ser" da implementação que, na realidade, não acontece. (LABRA, 1999)

A seguir apresentaremos um quadro que sintetiza as principais diretrizes e políticas definidas para o idoso no Brasil, sua cronologia e suas principais contribuições:

Quadro 2 - Legislação Federal com aspectos relacionados à proteção à saúde do idoso no Brasil.

Documento	Data	Principais aspectos abordados
Constituição Federal	1988	A partir da Constituição de 1988, o idoso passa a ser visto sob a ótica da vulnerabilidade, como um problema social. (art. 203, V, e 204); A CF define que a proteção do idoso deve ultrapassar os limites da assistência meramente previdenciária, estendendo-a a assistência social. Ainda em seu art. 230 e parágrafos, a CF determina que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.
Política Nacional do Idoso (PNI)	Lei 8.842 de 04 de Janeiro de 1994	Em seu capítulo 4, a PNI aponta como competências dos órgãos e entidades públicas da saúde: *a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde; b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde; d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares; e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais; f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais; g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação; e h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso;*
Estatuto do Idoso	Lei nº 10.741 de 1° de outubro de 2003	Em seu artigo 15, é assegurada a atenção integral á saúde do idoso, por intermédio do SUS, e prescreve: *§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de: I – cadastramento da população idosa em base territorial; II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social; IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e*

		eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural; V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde. *§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. § 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade. § 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.* *Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.* *Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.*
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)	Portaria 2.528 de 19 de Outubro de 2006	Define as seguintes diretrizes: *a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas* Define ainda que a atenção à saúde do idoso terá como porta de entrada a Atenção Básica, e estabelece importantes preceitos legais que orientam ações em saúde e sociais, objetivando assegurar aos idosos, através do Estado, direitos fundamentais à sua saúde.
Diretrizes do Pacto pela Saúde, contemplando o Pacto pela Vida	Portaria GM/399 de 2006	Inclui a saúde do idoso entre as seis prioridades pactuadas e apresenta as seguintes diretrizes: *"Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; Manutenção e recuperação da capacidade funcional; Promoção do envelhecimento ativo e saudável; Implantação dos serviços de atenção domiciliar; Acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando critérios de risco; Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa e; Estímulo à participação e fortalecimento do controle social".*

Política Nacional de Promoção da Saúde	Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006	Contempla o desenvolvimento de ações locais, respeitando-se as seguintes prioridades: Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbi-mortalidade pelo abuso de álcool e outras drogas, redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e cultura da paz e, por último, promoção do desenvolvimento sustentável.
Política Nacional da Atenção Básica	Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006	Caracteriza-se por apresentar um conjunto de ações de saúde voltadas à atenção à saúde individual e coletiva e se estende da promoção, proteção à saúde e prevenção de agravos, até diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção da saúde e reinserção social. Tal caracterização tem por finalidade configurar a Atenção Básica como principal porta de entrada para o sistema, inclusive para a população idosa.

Ressalte-se que a efetivação de tais políticas ainda não se configura como uma realidade enraizada em todo o país, pois estão na dependência de vontade política, atitudes éticas, respeito à cidadania, respeito a valores e crenças. Além disso, dependem também da mudança do olhar sobre a incapacidade no envelhecer. A incapacidade no envelhecimento guarda relação com as sobrecargas acumuladas no decorrer da vida, como o aparecimento de doenças, situações repetidas de estresse e agravos à saúde causados por acidentes, associada aos estilos de vida e aos cuidados insatisfatórios com a saúde na juventude. Dessa forma, envelhecer com má qualidade também está relacionado com políticas de saúde, que mesmo boas ou coerentes não encontram terreno fértil para o seu desdobramento, contribuindo para a má qualidade na oferta de serviços de saúde à população e/ou dificuldades no acesso a esses serviços.

1.3. O envelhecimento e a transição da saúde no Brasil

Para o estabelecimento de relações que permitam avaliar as possíveis coerências e conexões entre a transição epidemiológica no Brasil e a transição da atenção sanitária, trabalhamos no âmbito deste estudo com o conceito de Transição da Saúde (FRENK, et al, 1991; JAMISON et al, 1993; SCHRAMM et al, 2004).

Introduzido por Frenk et al. (1991) o conceito de transição da saúde abrange 2 componentes. Para o autor, esse conceito envolve a transição das condições de vida e saúde da população, que define o padrão de morbi-mortalidade de uma

população, bem como as mudanças nas respostas sociais para essas condições de saúde, as quais se materializam através da organização e implementação dos sistemas de saúde.

Para Jamison et al (1993), o conceito de transição de saúde abrange a relação entre aspectos demográficos, epidemiológicos e as mudanças na saúde que, coletivamente e independentemente, têm um impacto sobre a saúde de uma população, o financiamento do cuidado em saúde e o desenvolvimento dos sistemas de saúde.

Schramm et al. (2004) lembram que a transição epidemiológica pode ser considerada componente da transição da saúde, configurando um conceito mais amplo, que abrange "*elementos das concepções e comportamentos sociais, correspondentes aos aspectos básicos da saúde nas populações humanas" (*p.898).

Segundo esses autores, a transição das condições de vida e saúde se refere propriamente à transição epidemiológica, ou seja, às mudanças observadas na freqüência, magnitude e distribuição das condições de saúde, expressadas em termos de mortalidade e morbidade. O conceito de transição epidemiológica[5] se refere às mudanças em longo prazo nos padrões de morte, enfermidade e invalidez características de uma população específica, as quais, em geral, se apresentam simultaneamente com as transformações demográficas e sociais. Para Schramm et al (2004) há uma relação direta e de dupla via entre os dois componentes da transição da saúde. Segundo o autor, a transição da atenção à saúde ou da atenção sanitária, que se expressa na atuação dos sistemas de saúde, influi diretamente sobre a transição epidemiológica. Essa influência se dá, ao considerarmos que as novas tecnologias disponíveis e implantadas pelos sistemas de saúde têm muitas vezes como consequência reflexos no padrão de morbi-mortalidade e queda nas taxas de letalidade de alguns agravos. Quanto à transição da atenção à saúde, sabemos que esta é determinada em parte pelo desenvolvimento social, econômico e tecnológico mais amplo. Essa transição vem historicamente se configurando em um modelo de atenção médica baseado em densas tecnologias e hospitais, o que certamente não atende à prevalência hoje existente de condições crônicas no

[5] Omram (1971), no trabalho a respeito da transição epidemiológica, apresenta algumas proposições. Na primeira delas, estabelece a premissa de que a mortalidade é fator fundamental na dinâmica populacional. Na segunda, propõe que, durante a transição, ocorrem mudanças de longa duração nos padrões de mortalidade e morbidade. Nesse processo, as pandemias de doenças infecciosas são gradualmente substituídas pelas doenças degenerativas e provocadas pelo homem e se tornam a forma mais importante de morbidade e a principal causa de morte.

cenário epidemiológico no Brasil e no mundo. Por essa razão, conforme explica Mendes (2010):

> "(...) *em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver coerência entre a situação das condições de vida e saúde e a organização do sistema de atenção à saúde. Quando essa coerência inexiste, instala-se uma crise na atenção à saúde da população"* (p.03).

1.3.1. A transição epidemiológica no Brasil

Em meio ao processo de envelhecimento populacional, importantes mudanças no que se refere ao peso relativo dos grupos de causas de mortalidade – como a redução da mortalidade infantil relacionada às doenças infecciosas e parasitárias, o aumento da expectativa de vida ao nascer e o processo acelerado de urbanização e de mudanças socioculturais – têm sido experimentadas pela população brasileira.

Lebrão (2007) destaca que, embora os conceitos de transição demográfica e de transição epidemiológica não descrevam o mesmo fenômeno, já que a transição epidemiológica implica em mudanças nos padrões de morbidade, além da mortalidade, e a transição demográfica implica mudanças nos padrões de composição da estrutura da população, há uma relação fundamental entre eles, pois a queda inicial da mortalidade se concentrou na redução das causas de mortes por doenças infecciosas, o que determinou mudanças no perfil demográfico.

A estreita relação entre a transição epidemiológica e a transição demográfica evidencia-se na queda da fecundidade, que afeta a estrutura da população por idades e repercute no perfil de morbidade, pois a proporção crescente de pessoas de idade avançada aumenta a importância das doenças crônicas e degenerativas. Se expressa ainda nas mudanças na estrutura etária e na desaceleração das taxas de mortalidade, que alteram a estrutura de causas de morte porque os grupos etários mais velhos passam a ter peso relativo maior. Como exemplo dessa alteração, podemos citar o fato de que em 1990, 14,6% dos óbitos ocorridos eram na faixa de 0 a 4 anos e 49,7% na faixa etária dos 60 e mais. Já em 2006, houve significativa redução no percentual de dos óbitos na faixa de 0 a 4 anos, que caiu para 5,53% e, por outro lado, aumento expressivo dos óbitos na faixa etária de 60 e mais, com 53,71%.

O modelo de Omram[6] (1991) para descrever as mudanças na configuração epidemiológica de alguns países desenvolvidos – substituição das doenças infecto-parasitárias por doenças não transmissíveis e por causas externas – não parece aplicar-se a países em desenvolvimento. No início da década de 70, quando a teoria de Omram foi proposta, acreditava-se que o declínio da mortalidade havia chegado ao nível mais baixo possível e que os ganhos na esperança de vida caminhariam a passos lentos, Pensava-se também que sete décadas de vida era o mais próximo desse limite. Diferentemente das previsões do autor, na América Latina, o processo de transição epidemiológica não pode ser considerado de forma tão linear, uma vez que se observa nos países latino-americanos a sobreposição de padrões. Frenk et al já chamavam a atenção em 1991 para a situação das condições de vida e saúde vivida pelo Brasil e outros países que compreendia a superposição de etapas, com a existência de doenças típicas do desenvolvimento convivendo com grande proporção de doenças típicas de países não desenvolvidos. Observa-se hoje, no Brasil, essa superposição de perfis, revelando a complexidade da realidade sanitária, caracterizada por uma conjuntura epidemiológica complexa, marcada pela ocorrência concomitante de doenças infecciosas e parasitárias, agravos decorrentes de causas externas e doenças crônicas não transmissíveis.

No que se refere às doenças infecciosas e parasitárias, Lima-Costa et al (2004) destacam o fato de algumas dessas doenças ainda perdurarem, as quais junto com o surgimento da AIDS como uma nova epidemia e as doenças emergentes como dengue, febre amarela e leishmaniose, que eram consideradas extintas e em dado momento reapareceram, perfazem um quadro epidemiológico muito complexo.

Além disso, a transição epidemiológica no Brasil vem ocorrendo de forma muito desigual em todo território nacional, fato associado, em grande parte, à diversidade das condições sociais observadas no nosso país. Um olhar aprofundado sobre aspectos como fecundidade, nascimentos, mortalidade e envelhecimento permite desvelar significativos diferenciais por sexo, idade, educação e renda, por exemplo. Em relação a alguns indicadores de saúde, há diferenças expressivas,

[6] Segundo o autor, a teoria da transição epidemiológica está focalizada na complexa mudança dos padrões de saúde e doença e nas interações entre esses padrões e seus determinantes e consequências. Essas mudanças dos padrões dizem respeito à diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas não-transmissíveis.

mostrando desigualdades no acesso aos serviços de saúde e na distribuição dos recursos e dos equipamentos de saúde (RIPSA, 2009).

A situação epidemiológica presente no Brasil é definida por Frenk (2006) como um cenário de tripla carga de doenças, porque envolve ao mesmo tempo: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso e obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada; e o forte crescimento da violência e das causas externas.

Embora se trabalhe tradicionalmente, na análise de situação de saúde, com uma divisão entre doenças transmissíveis e não-transmissíveis, Mendes (2008) avalia que essa tipologia, apesar de ter sido útil nos últimos anos para os estudos epidemiológicos, não se presta para referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde. Para o autor, a razão é simples: do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde (o objeto dos sistemas de atenção à saúde) certas doenças transmissíveis, pelo longo período de seu curso natural, estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido. Por isso, tem sido considerada uma nova categorização, com base no conceito de condição de saúde[7].

O envelhecimento populacional e o aumento da longevidade aliados aos avanços consideráveis nas áreas de diagnose e terapêutica tiveram como consequência, um crescimento rápido e acentuado das condições crônicas[8], aqui entendidas como "problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas" (BRASIL, 2006a). Hoje, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento, as condições crônicas são significativas causas de incapacidade e reduzida qualidade de vida dos idosos. Estima-se que entre 75% a 80% da população de 60 anos e mais são portadores de pelo menos uma condição crônica, o que resultaria num contingente de 27 milhões, em 2025, e de 50 milhões, em 2050 (BRASIL, 2006a).

Quanto às características das condições de saúde, as agudas geralmente apresentam curso de curta duração e tendem a se autolimitar; ao contrário, as

[7] Segundo a OPAS (2003), as condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais – reativas ou pró-ativas; eventuais ou contínuas; e fragmentadas ou integradas – dos sistemas de atenção à saúde.

[8] Entendemos que o termo "condições crônicas", por ser bem mais abrangente do que a expressão "doenças crônico-degenerativas" é o termo mais adequado para caracterizar a prevalência de agravos entre os idosos. A partir daqui utilizaremos o conceito de condições crônicas.

condições crônicas têm um período de duração mais ou menos longo e, nos casos de doenças crônicas, tendem a se apresentar de forma definitiva e permanente. As condições agudas, em geral, são manifestações de doenças transmissíveis de curso curto, como dengue, amigdalite, febre amarela e outras, ou de causas externas como os traumas (OMS 2003). As condições crônicas, por sua vez, vão muito além das doenças crônicas (diabetes, doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica, entre outras), por envolverem doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS, tracoma, hepatites virais, entre outras); condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida; distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes, etc.) e doenças bucais.

Na Tabela 1, buscamos evidenciar as principais diferenças entre as condições agudas e crônicas, no que se refere às características, às necessidades de tratamento e à duração dos quadros clínicos.

Tabela 1 - Principais diferenças entre as condições agudas e crônicas

CONDIÇÕES AGUDAS	CRÔNICAS DE SAÚDE
Duração curta	Duração longa
Manifestação abrupta	Manifestação gradual
Autolimitadas	Não autolimitadas
Diagnóstico e prognóstico usualmente preciso	Diagnóstico e prognóstico usualmente incerto
Intervenção usualmente efetiva	Intervenção usualmente com alguma incerteza
Resultado: a cura	Resultado: o cuidado
Centradas no cuidado profissional	Centradas no autocuidado orientado
Cuidado centrado no médico	Cuidado multiprofissional
Conhecimento e ação clínica concentradas no profissional	Conhecimento e ação clínica compartilhados pelos profissionais e usuários

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2003; Mendes, 2008.

Estudo realizado por Schramm et al, em 2004, nos dá um panorama da transição epidemiológica pela qual passa o Brasil. Segundo os resultados apresentados por esses autores, as doenças crônico-degenerativas responderam por 66,3% da carga de doença no Brasil; as doenças infecciosas responderam por 23,5%; e as causas externas foram responsáveis por 10,2%. Dados obtidos junto aos bancos de dados do DATASUS reforçam a predominância das condições crônicas no Brasil, já que 66,0% das mortes ocorridas em 2007 foram por essas condições. Sob o ponto de vista da morbidade hospitalar, no ano de 2007, dentre as primeiras 15 causas de internações pelo SUS, 9 foram por condições crônicas.

Essa carga de doenças, ou de condições de saúde, se apresenta como um desafio para as autoridades sanitárias, especialmente no que tange à implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados (VERAS, 2001). Além da necessidade óbvia de alocar recursos adicionais para os cuidados de saúde da população idosa, algumas soluções dependem da implementação de programas de saúde específicos e eficientes para esses grupos populacionais, enquanto outras dependem de uma adequada rede de proteção social, exigindo acompanhamento permanente dos sistemas de saúde (BRASIL, 2006a).

1.3.2 Prevalência de agravos entre os idosos no Brasil

Outro fator que merece destaque nesse cenário é o fato de que entre os idosos é comum a prevalência de comorbidades ou a presença concomitante de uma ou mais condições crônicas. Fried e Wallace (1992) destacam também o fato de as doenças comuns tornarem-se mais complexas com o avançar da idade do indivíduo. Para os mesmos autores, as interações complexas das comorbidades precisam ser compreendidas e levadas em conta no estudo das causas do estado de saúde dos idosos. Em geral, as doenças nessa faixa etária, além de crônicas, são múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico constante e medicação contínua.

De acordo com a morbidade auto-referida no âmbito da PNAD 2003, a hipertensão arterial e a artrite/artrose são as doenças crônicas mais prevalentes entre os idosos no Brasil. A hipertensão arterial é uma das morbidades mais frequentes nos maiores de sessenta anos: cerca de 2/3 dos idosos são hipertensos e sua prevalência aumenta com a idade. No Brasil, seu controle inadequado está

relacionado aos altos índices de mortalidade por acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio (MIRANDA et al, 2005). O diabetes e a depressão, embora um pouco menos frequentes, são condições potencialmente incapacitantes. No Brasil, a hipertensão e o diabetes têm sido alvos de programas de saúde pública, mas a artrite e a depressão continuam sendo tratadas predominantemente como doenças individuais, sem a devida atenção como problemas de saúde coletiva. (RIPSA, 2009)

Quanto aos óbitos em 2008, suas principais causas observadas na população idosa no Brasil são em ordem decrescente: doenças do aparelho circulatório; sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte; neoplasias; doenças do aparelho respiratório; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (BRASIL, 2009). As duas principais causas de mortalidade entre idosos brasileiros são o acidente vascular cerebral e a doença isquêmica do coração. A hipertensão arterial está mais fortemente associada ao acidente vascular cerebral, sendo esta a sua mais grave complicação. Em sociedades nas quais o controle da hipertensão arterial é mais efetivo, as doenças isquêmicas do coração passam a ser a principal causa de mortalidade no grupo de doenças do aparelho circulatório. Por outro lado, é importante não negligenciar o aumento progressivo dos diferentes tipos de câncer, exigindo novas posturas de prevenção e de intervenção precoce.

Um aspecto normalmente negligenciado como fator de óbitos evitáveis entre os idosos são as chamadas “causas externas”. A denominação causas externas envolve os homicídios, suicídios e os acidentes como causas de mortalidade. Além disso, ainda constam na 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) como “causas externas” de mortalidade as lesões, os envenenamentos, os ferimentos, as fraturas, as queimaduras e intoxicações causadas por agressões interpessoais e coletivas. Uma delas é a violência institucional, no caso de clínicas de repouso e casas de retiro. Nesse sentido, registra-se a necessidade de monitorar a qualidade da atenção prestada, especialmente em relação às internações de longa permanência. Ainda quanto às causas externas, Gawryszewski et al. (2004), analisando 13.383 mortes e 87.177 internações hospitalares de pessoas de 60 anos ou mais, por causas externas, realizadas pelo Sistema Público de Saúde, no ano de 2000, observaram que os acidentes de transporte lideram essas causas, sendo as principais vítimas os pedestres, e que as quedas ocupam o terceiro lugar na

mortalidade. De acordo com os autores o risco de cair aumenta com o envelhecimento e as quedas devem ser encaradas como um indicativo de um problema maior, como alteração de propriocepção ou de equilíbrio, já que grande parte dos 30% dos idosos caem pelo menos uma vez ao ano e, se uma intervenção precoce não ocorrer, aumentam as chances de fratura de quadril, imobilização e institucionalização.

1.3.3 As condições crônicas o modelo de atenção à saúde

A transição da situação de saúde, juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determina a fase de mudança da atenção à saúde. A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada relativamente pelas condições crônicas – nos países desenvolvidos de forma mais definitiva e, no Brasil, como já visto, pela situação de tripla carga de doenças – e um sistema de atenção à saúde com um modelo organizado para responder às condições agudas.

Ham apud Mendes (2008) faz uma análise histórica dos sistemas de atenção à saúde, mostrando que, até a primeira metade do século XX, eles se voltavam para as doenças infecciosas e, na segunda metade desse século, para as condições agudas. O autor afirma ainda que no início do século XXI, os sistemas de atenção à saúde deveriam ser reformados profundamente para darem conta da atenção às condições crônicas. Kane (2003) resume as razões dessa reforma nos seguintes termos:

> "*O paradigma predominante da doença aguda é um anacronismo. Ele foi formatado pela noção do século XIX da doença como uma ruptura de um estado normal, determinada por um agente externo ou por um trauma. Sob esse modelo a atenção às condições agudas é o que importa e enfrenta diretamente a ameaça. De fato, a epidemiologia moderna mostra que a situação prevalecente é dominada pelas doenças crônicas tanto em termos de custos, quanto dos impactos na saúde*" (p. 1429)

A situação de saúde de forte predomínio das condições crônicas não pode ser respondida, com eficiência e qualidade, por sistemas de saúde voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas. A baixa resolutividade desse modelo em curso, a precariedade dos serviços ambulatoriais, a escassez dos serviços domiciliares, a falta de instâncias intermediárias (como os hospitais-dia e centros de convivência), fazem com que o

primeiro atendimento ocorra em estágio avançado, dentro do hospital, o que não só aumenta os custos como diminui as chances de um prognóstico favorável (MENDES, 2001). Em outras palavras, consomem-se mais recursos do que seria preciso, elevam-se os custos, sem que necessariamente se obtenham os resultados esperados em termos de recuperação da saúde e melhoria da qualidade de vida.

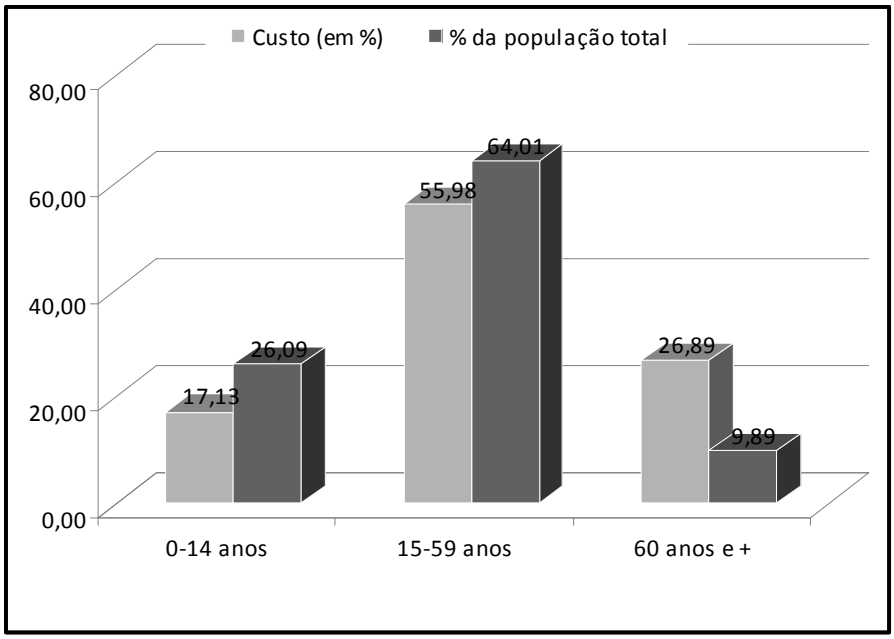
Além disso, é notório que, em geral, a cultura dos programas do sistema de saúde desenvolveu-se voltada para a saúde materno-infantil e reprodutiva e para abranger as doenças infecciosas, além do atendimento às urgências e emergências. Segundo relatório da OMS (2003) *Cuidados Inovadores para Doenças Crônicas.*

> "*o sistema de saúde no Brasil é organizado em torno de um modelo de tratamento de casos agudos e episódicos que não mais atende as necessidades de muitos pacientes, especialmente aqueles que apresentam condições crônicas. Esse enfoque deverá ser alterado devendo-se privilegiar políticas de prevenção e promoção da saúde, sobretudo em relação às doenças crônicas que, muito freqüentemente, geram incapacidades"* (p.33)

Segundo Heimann et al (2005) o modelo brasileiro de saúde está muito mais centrado nos serviços curativos do que no atendimento preventivo, uma vez que há muito pouco investimento nas rotinas de prevenção, e a população, seja por motivos socioculturais ou financeiros, só tende a procurar os serviços de saúde quando já se encontra doente. Verifica-se ainda em alguns estudos (CHAIMOWICS, 1997; ROOS 2003) que quanto pior o *status* sócio-econômico da população maior tende a ser a procura por hospitais para utilização de serviços de alto custo. Segundo Bindman (1995) o importante para evitar um grande número de internações de idosos é oferecer acompanhamento e tratamento ambulatorial adequados, já que certas doenças crônicas, como asma, diabetes e hipertensão, podem ser tratadas sem a necessidade de uma internação.

Só para ilustrar, o volume de recursos investidos pelo SUS em internações hospitalares com os idosos, segundo dados fornecidos pelo DATASUS em 2008, 26,89% do total de recursos com internações apuradas pelas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) foram registrados na faixa etária de 60 anos ou mais de idade, para uma população de idosos de apenas 9,89%, em comparação com 17,13% de recursos com internações na faixa de zero a 14 anos para uma população de 26,9%, e 55,98% dos gastos com internações na faixa de 15 a 59 anos (64,01% da população total), conforme mostra a Figura 1.

Figura 1 - Custo Proporcional de AIH e Composição Populacional Proporcional - Brasil, 2008



Fonte: DATASUS, 2010.

SESHAMANI (2002) aponta em seus trabalhos que medidas preventivas podem fazer com que os gastos com as doenças típicas dos idosos diminuam, caso seja possível evitar ou retardar o aparecimento de doenças que implicam gastos em recursos tecnológicos mais sofisticados e um maior tempo de permanência em hospitais. Ou seja, é imprescindível que haja uma mudança no paradigma da atenção à saúde da população idosa. Caso não ocorram mudanças, e o modelo voltado às condições agudas continuar predominando, os sistemas de saúde continuarão evoluindo de forma ineficiente e ineficaz, ao mesmo tempo em que a prevalência de condições crônicas seguirá aumentando.

1.4 O SUS e a atenção à saúde do idoso

No que se refere à organização dos sistemas de saúde, podemos observar que, na sua operacionalização, o SUS apresenta como porta de entrada do sistema a Atenção Básica à Saúde (ABS). Há evidências apontadas em estudos e relatórios (STARFIELD, 2002; PAHO 2005; OMS 2008) de que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a atenção primária à saúde,

contrastados com os sistemas de baixa orientação para esse nível de atenção, são mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população e são a única forma de enfrentar a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; e de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças.

A Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006, caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Segundo seus princípios gerais, é para ser desenvolvida:

> "....*por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos), que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde*...."

No que se refere ao modelo de atenção à saúde[9] da atenção básica, a partir de 1995 o Programa de Saúde da Família (PSF) foi definido como principal estratégia para a organização desse nível de atenção em todo país, conferindo um novo impulso à atenção primaria e à ampliação do número de unidades. O PSF é uma estratégia de organização das ações que procura viabilizar os princípios e diretrizes do SUS na atenção básica. Diferentemente do modelo tradicional, que se organizava por programas de saúde (adulto, criança e mulher), e com a inserção de cada profissional médico nas áreas básicas de clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia, a equipe do PSF atende todos os ciclos de vida e sexos; sua a lógica assistencial é generalista. Outra característica do PSF que o diferencia qualitativamente do modelo tradicional é a incorporação do agente comunitário na equipe. Esse profissional não tem uma formação específica em saúde e deve morar na área de cobertura da unidade de saúde da família. Uma das funções do agente

[9] Segundo Mendes (2010), "*o modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade"* (p.06).

comunitário é a intermediação entre a comunidade e a unidade de saúde, cadastrando e acompanhando as famílias aí residentes. Essa estratégia possibilita uma ação ativa do serviço de saúde, que vai ao território e às moradias, detecta e intervém nos problemas de saúde, realizando atividades de prevenção e promoção.

Na Atenção Básica, independente do modelo escolhido, espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores, uma atenção humanizada, com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo.

Cabe ressaltar que, com base no princípio de territorialização, a Atenção Básica deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que estão na sua área de abrangência, inclusive, aquelas que se encontram em instituições, públicas ou privadas.

É importante destacar que todo o trabalho da equipe de Atenção Básica deve buscar sempre o máximo da autonomia dos usuários frente as suas necessidades, propiciando condições para a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

O cuidado dos idosos implica ofertar serviços cuja estrutura apresente características que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações que proporções relevantes de idosos apresentam.

Os trabalhadores de saúde nos serviços de saúde que envolva atendimento ao idoso deveriam estar capacitados em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes para elaborar e operar protocolos para ações programáticas específicas voltadas às necessidades desse grupo populacional de maneira integrada com as demais práticas da rede de cuidado social (BRASIL, 2000a). Essa exigência se torna mais relevante quando se identifica a carência de especialistas e de serviços especializados nesse núcleo do conhecimento à disposição do SUS (FACCHINI et al, 2005)

Ao planejar e organizar a implementação da atenção à saúde do idoso, não pode ser negligenciado o fato de que nas próximas duas a três décadas, os atuais adultos jovens dependentes da assistência do SUS poderão ser a grande massa de idosos que deixaram de receber, no momento adequado, a promoção e proteção para a saúde e/ou controle de doenças crônicas, freqüentemente instaladas em

idade precoce. Portanto, sem planejamento adequado e metas cumpridas para atender a esses futuros idosos, o envelhecimento ocorrerá com altas prevalências de simultâneas doenças crônicas. Cabe ressaltar novamente que as condições crônicas já representam 66% da carga de doença no País atualmente (SCHRAMM et al., 2004).

A implementação dessas iniciativas tem esbarrado em sérias dificuldades, relacionadas especialmente ao subfinanciamento do sistema, à predominância do modelo biologicista da atenção ofertada e à baixa capacidade de gestão. Segundo Bodstein (2002), a ausência de recursos humanos em saúde, com capacitação técnica adequada, com salários e condições de trabalho atrativos, bem como a falta de equipamentos médicos, mesmo os mais simples, constituem ainda hoje uma realidade para a esmagadora maioria dos municípios brasileiros e um grande obstáculo para o bom desempenho da atenção básica.

Outro questão que afeta a organização de um sistema de saúde que atenda as necessidades dos idosos, é a incipiência e fragilidades nos processos avaliativos da implementação das políticas públicas. A avaliação é uma etapa de extrema relevância no ciclo dessas políticas, pois significa uma análise crítica destinada a verificar em que medida as metas fixadas estão sendo alcançadas, bem como um meio importante para retroalimentar o processo, de modo a introduzir correções de rumo na organização (Viana, 1996).

Desta forma, a avaliação da implementação das políticas de saúde dirigidas aos idosos se reveste de significado especial para o direcionamento de recursos de maneira eficiente, eficaz e equânime.

CAPÍTULO 2

Metodologia

Este capítulo é dedicado à caracterização da pesquisa e à descrição das fontes de dados e das variáveis selecionadas para a investigação, assim como dos procedimentos metodológicos adotados.

2.1. Caracterização do estudo

Esta investigação sobre o envelhecimento populacional e a atenção à saúde do idoso na Região Metropolitana de Campinas desenvolveu-se através da pesquisa descritiva, numa abordagem que conjuga análises de dados qualitativos e quantitativos. Objetiva analisar o problema em estudo, procurando descrever suas características e interpretá-lo.

Apoiada no referencial teórico desse tipo de pesquisa, nosso estudo analisou a transição das condições de saúde da população idosa na RMC, bem como a trajetória da implantação da política do idoso na região e o peso de seus condicionantes estruturais e institucionais.

No que se refere às estratégias e processos metodológicos, nós nos orientamos pelo pensamento de Minayo (2008) que, ao discorrer sobre o papel da metodologia no processo de investigação, destaca a importância de um enfoque plural: "*a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador"* (p. 22).

A hipótese que norteia este estudo é que os sistemas de saúde na RMC não estão desenhados e organizados para atender às necessidades de saúde dos idosos, decorrentes do processo de envelhecimento populacional vivenciado na região. Nesta investigação, recorremos a duas estratégias de pesquisa. A primeira objetivou analisar comparativamente o envelhecimento da população e os indicadores de saúde relativos à população idosa ao longo de 10 anos na Região Metropolitana de Campinas (RMC). A segunda buscou identificar, como o sistema público de saúde na RMC vem se organizando para responder às necessidades de

saúde do idoso. Para tanto, selecionamos um conjunto de informações provenientes de fontes de dados primários e secundários[10].

No nosso caso, os procedimentos metodológicos utilizados para a análise do envelhecimento populacional são de caráter mais descritivo e analítico, a partir dos dados existentes em bancos oficiais. Para compreendermos os aspectos relacionados à transição da saúde, especialmente do componente relacionado à transição das condições de saúde, também realizamos uma análise descritiva da situação atual, observando tendências no período analisado por meio de informações obtidas junto aos sistemas de informações disponíveis. Por outro lado, para o componente denominado transição da atenção à saúde, a busca por informações torna-se mais complexa. Para a descrição das mudanças temporais e de paradigmas no modelo de atenção a saúde do idoso, além das técnicas supracitadas, com coleta de informações sobre a evolução da cobertura e da produção de consultas e procedimentos, apoiamo-nos no referencial da pesquisa documental, utilizando seus métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos. Segundo Godoy (1995a), é possível destacar como vantagens dessa categoria de análise o fato de se constituir uma fonte estável e rica de dados, de baixo custo, e permitir o estudo de situações às quais não podemos acessar por dados quantitativos, além de fornecer elementos para a identificação de tendências no comportamento de um fenômeno.

O intervalo escolhido justifica-se pela importância desse período na definição de diretrizes e estratégias da Política Nacional de Saúde, com reflexos para atenção à saúde do idoso. Esse período caracterizou se por uma estabilidade política na área da saúde, com a continuidade da implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, razão pela qual, conhecer como evoluiu a saúde pública – tanto em relação à oferta de serviços, quanto aos eventos de saúde propriamente ditos (mortalidade e morbidade) e outras condições associadas, por exemplo, as demográficas – constituiu-se em importante temática do debate nacional no setor. É nesse período, por exemplo, que são definidas as Normas Operacionais do SUS, que se intensifica o processo de municipalização da atenção à saúde, que ocorre a implantação da

[10] As fontes primárias são dados originais, a partir dos quais se tem uma relação direta com os fatos a serem analisados, ou seja, é o pesquisador que analisa. Segundo Oliveira (2007), por fontes secundárias compreende-se a pesquisa de dados de "segunda mão", ou seja, informações que foram trabalhadas por outros estudiosos e, por isso, já são de domínio científico.

Estratégia da Saúde da Família como uma prioridade do Ministério da Saúde para a Atenção Primária, e inicia-se o processo de desenvolvimento da Política Nacional de Atenção ao Idoso.

No intervalo em estudo, especificamente no ano de 2006, foi homologado o Pacto pela Saúde[11], que determina prioridades para a construção de políticas de saúde identificadas com as realidades regionais. Trata-se de um verdadeiro marco na trajetória de consolidação do SUS. O Pacto, resultado de acordo firmado entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), propõe uma série de mudanças na gestão e no processo de pactuação, que envolve os gestores e o controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). A adesão das três esferas de governos ao Pacto é formalizada pela assinatura de um termo de compromisso de gestão, que estabelece as responsabilidades e as capacidades de cada ente na oferta das ações e dos serviços de saúde.

No Pacto pela Vida estão enumeradas prioridades básicas em saúde que os três entes federados devem perseguir, com metas e indicadores para avaliação anual. A agenda de atividades prioritárias busca a atenção integral à saúde do idoso; o controle do câncer de colo de útero e de mama; a redução da mortalidade materna e infantil; o fortalecimento da atenção básica; a promoção da saúde; e o reforço de ações para o controle das doenças emergências e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza. Essas metas serviram de base para estados e municípios definirem e organizarem suas ações e atividades voltadas ao enfrentamento dos desafios existentes na atenção a saúde do idoso[12].

No intervalo considerado para o estudo, também pudemos observar mudanças nos sistemas de informação, nas tabelas de procedimentos, nas formas de codificações de procedimentos, na distribuição de programas e serviços de saúde, na delimitação geográfica de regiões de saúde, na inclusão de novas categorias profissionais, na prestação de serviços, fatos que exigiram às vezes algum tratamento das informações, para estabelecer e permitir algumas comparações.

---

[11] Portaria Nº 399/GM/MS de 22 de fevereiro de 2006

[12] Os processos de monitoramento e avaliação das prioridades definidas entre as três esferas de governo, para os anos de 2010 e 2011, estão definidos na Portaria Ministerial 2669 de 3 de Novembro de 2009.

Quanto ao território escolhido para o estudo – a Região Metropolitana de Campinas – algumas considerações merecem ser feitas. As Regiões Metropolitanas são previstas na CF[13] e não devem ser vistos apenas como dimensões administrativas e burocráticas, e muito menos como realidades puramente geográficas. São territórios que também se constituem pela presença e integração das instituições que ofertam bens e serviços públicos como educação, saúde, transportes, telecomunicações, entre outros. A Região Metropolitana de Campinas (RMC), definida através da Lei Complementar Estadual nº 870 de 19/06/2000, é uma unidade regional do Estado de São Paulo constituída pelo agrupamento de 19 Municípios: Americana, Arthur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Engenheiro Coelho, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Jaguariúna, Monte Mor, Nova Odessa, Paulínia, Pedreira, Santa Bárbara D'Oeste, Santo Antônio de Posse, Sumaré, Valinhos e Vinhedo. A região possuía em 2009, segundo dados da Fundação SEADE, 2.752.991 habitantes.

A RMC se constitui como um pólo econômico e tecnológico de referência nacional e, apesar de ser uma das regiões mais ricas do país, apresenta traços fortes de heterogeneidades e carências na infraestrutura social. Essas diferenças intra-regionais impõem sérios desafios para a gestão das políticas sociais, especialmente na área da saúde, fato esse que nos instigou a analisar a atenção à saúde sob a ótica do envelhecimento populacional na região.

2.2. Procedimentos de coleta e análise dos dados

A metodologia escolhida para a pesquisa apresenta algumas limitações quanto à coleta de dados quantitativos, o que não invalidou o caminho escolhido para alcançar os objetivos da pesquisa.

No que diz respeito às limitações referentes à coleta desses dados, buscamos superá-las por meio da utilização em alguns momentos do processo de triangulação. De acordo com Driessnack et al (2007) *"a triangulação de dados refere-se à convergência ou corroboração dos dados coletados e interpretados a respeito do mesmo fenômeno"* (p. 3*).* Considerando que as informações coletadas, para embasar a pesquisa, foram retiradas de diferentes fontes, a

[13] De acordo com a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 25, 3º, os Estados poderão, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamento de municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e execução de funções públicas de interesse comum, com o objetivo de oferecer soluções para problemas localizados nos Estados

complementaridade dos dados apresentou um conjunto de vantagens. Uma delas foi a possibilidade de se obter diferentes olhares sobre o objeto e contextualizar os diferentes dados coletados. Nessa perspectiva, optamos por coletar tanto dados quantitativos, mensuráveis, como os indicadores de saúde, quanto dados qualitativos, especialmente nos materiais obtidos em que os autores envolvidos puderam descrever avanços, dificuldades e o estado da arte da implantação das políticas. A contextualização desses dados quantitativos e qualitativos também possibilitou compreender o cenário e alguns de seus determinantes.

Outra vantagem do emprego da complementaridade e da triangulação das informações foi a possibilidade de identificar discrepâncias entre os dados coletados e as observações e percepções dos atores sociais considerados como fundamentais nos documentos relacionados ao processo de implantação e avaliação das políticas de saúde na RMC. Segundo Oliveira (2007) uma importante vantagem da dessas técnicas é evitar ou minimizar visões tendenciosas do pesquisador, com o que concordamos plenamente. Esse procedimento é especialmente importante quando o pesquisador participa, e está de alguma forma envolvido no ambiente em que a pesquisa ocorre. (HERR e ANDERSON, 2005, p.61).

2.2.1. Coleta e processamento dos dados quantitativos

Do ponto de vista das técnicas de pesquisa utilizadas, inicialmente, buscamos realizar uma análise descritiva e comparativa do comportamento da morbidade hospitalar e da mortalidade dos idosos, em 1999 e 2008, categorizados em 3 subgrupos etários: 60-69, 70-79 e 80 e +, o que permitiu evidenciar as diferenças demográficas e epidemiológicas existentes entre a população idosa.

Essa análise foi possível, especialmente por meio dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Internação Hospitalar do SUS (SIH/SUS), ambos do DATASUS, disponibilizados pelo Ministério da Saúde. O SIM e o SIH se constituem em importantes fontes de informação sobre a morbidade hospitalar e sobre os óbitos, especialmente na região estudada, considerando a qualidade dos registros existentes.

No Brasil, nas últimas décadas, vem se ampliando o interesse em utilizar bancos de dados originados pelos serviços de saúde como ferramenta na elaboração de políticas de saúde e no planejamento e gestão de serviços de saúde. Algumas condições contribuíram para tal aproximação: a criação do DATASUS, a

implementação da descentralização das ações do setor saúde, definindo prioridades nos níveis estaduais e municipais, desencadeada pelas Normas Operacionais de 1993 e 1996[14]; e a democratização do uso da informática no Brasil imprimindo uma grande facilidade de acesso ao uso de informações geradas pelo sistema em todo território nacional. Somam-se a isso as reconhecidas vantagens dos dados administrativos de saúde e dos dados epidemiológicos ao disponibilizarem um grande volume de informações com reduzido tempo entre a ocorrência do evento e seu registro, sem custos adicionais (CAMPOS, 2000). Em que pese essa grande quantidade de dados disponíveis, certamente existem dificuldades para a obtenção adequada e qualificada dessas informações, em face da inexistência de um sistema informatizado que permita uma visão global do assunto, isto é, que propicie o cruzamento de forma mais simples e automática das inúmeras variáveis existentes, que saliente os indicadores e informações mais importantes, de forma a possibilitar o conhecimento do que ocorreu no passado e acontece no presente.

O Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) tem origem nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), destinadas ao pagamento das internações de hospitais públicos e privados conveniados ao SUS[15]. Nesse documento, a causa da internação é informada como diagnóstico principal, definido como sendo o que motivou a internação. Apesar do objetivo basicamente administrativo na origem, a AIH gera também informações sobre a morbidade hospitalar, sobre o uso de procedimentos diagnósticos de alta complexidade, além das características demográficas e geográficas, natureza e complexidade dos hospitais. Em relação à qualidade dos dados de morbidade obtidos por meio das AIH, Cunha e Aidar (2000) destacam que essas informações podem apresentar certos aspectos equivocados, decorrentes de diferenças entre as causas de internação e os procedimentos realizados. Bittencourt et al.(2006) apontam que a cobertura é um fator que pode influenciar o perfil epidemiológico obtido dos dados do SIH/SUS, já que as informações se referem somente às internações efetuadas em hospitais públicos ou privados conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), o que impede que se possa afirmar que sejam totalmente representativos da

[14] As Normas Operacionais têm como principal objetivo disciplinar o processo de implementação do SUS e se voltam mais diretamente para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade do sistema, dentre esses o detalhamento das competências das três esferas de governo.

[15] O Sistema de informações Hospitalares (SIH) surgiu nos anos setenta com o objetivo de ressarcir os atendimentos hospitalares, sendo restrito, a princípio, às unidades privadas contratadas pelo antigo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), depois Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

população em geral. Em 1998, por exemplo, a cobertura das internações pelo SUS foi de aproximadamente 75,% do total de internações hospitalares ocorridas no país, com variações entre os estados brasileiros, de 57,3% em São Paulo a 94,6% em Roraima. Essa é a principal razão pela qual optou-se por não calcular as taxas de internação, uma vez que a cobertura dos serviços próprio e/ou conveniados e contratados do SUS não abrange toda a população, impossibilitando a identificação correta da população sob risco, a ser considerada no denominador. Optamos por considerar as internações proporcionais, ou seja, aquelas para as quais o denominador é o total das internações no local e ano considerados.

Outras duas questões de ordem administrativa podem afetar a cobertura das internações do SIH/SUS: (1) o limite de emissão de AIH para cada estado brasileiro, estipulado em 9,0% da população residente, que pode ser insuficiente para cobrir todas as internações e deixar um excedente não processado pelo DATASUS; (2) a forma diferenciada de repasse de recursos financeiros entre os diferentes subsetores credenciados ao SUS: enquanto os hospitais privados, filantrópicos, municipais e estaduais recebem por intermédio do pagamento fixo por procedimento, condicionados à emissão da AIH, os federais recebem os recursos mediante orçamento, e utilizam a AIH apenas para fins de controle e avaliação, abrindo, por conseguinte, a possibilidade de sub-registro das suas internações hospitalares (BITTENCOURT et al, 2006). Além disso, é possível que uma mesma pessoa seja internada mais de uma vez no mesmo ano. Dessa forma, o número de internações deve exceder o número de pessoas internadas no local e ano considerados.

Em que pese alguns estudos indicados por Bittencourt (2006) apontarem alguns limites na utilização do banco de dados das AIH, a autora também destaca vários estudos em que esse banco de dados consistiu em valioso instrumento para análise de um conjunto de variáveis demográficas, de diagnósticos e procedimentos, bem como dos gastos realizados. Existem ainda evidências da melhoria gradual da qualidade dos dados ao longo do tempo, associado à introdução de críticas no SIH-SUS que se mostraram efetivas ao melhorar o registro de dados e bloquear fraudes (BITTENCOURT et al, 2006). A autora destaca ainda que, nos últimos anos, a ampliação do número de usuários permitiu a identificação de problemas que desencadearam iniciativas da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) e propiciou avanços na compreensão epidemiológica das

internações hospitalares[16]. Outros estudos também demonstraram uma alta confiabilidade das variáveis encontradas nas AIH: sexo, idade, tempo de permanência, diagnóstico principal e procedimentos realizados nos preenchimentos das AIH. Um estudo realizado por Escosteguy et al. (2002) utilizando a AIH na avaliação da qualidade de atendimento ao infarto demonstrou a precisão das variáveis demográficas (sexo, faixa etária), das variáveis relacionadas ao processo (uso de procedimentos e intervenções) e dos resultados. Entendemos também que a análise do banco das AIH pode se constituir em instrumento valioso para o planejamento, a avaliação de qualidade e estudos epidemiológicos, sendo ainda fonte de dados relevante para a programação, gerência e avaliação dos serviços de saúde.

Em nosso estudo, para a análise do perfil da morbidade hospitalar dos idosos nos dois períodos propostos, utilizamos os dados contidos nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH). Considerando que essas autorizações podem ser glosadas, o que poderia distorcer o perfil de atendimento dos serviços hospitalares, recortamos desse *corpus*, em nosso estudo, as AIH apresentadas ao SUS, excluindo desse conjunto de dados as AIH pagas. Foram selecionadas as seguintes variáveis nos dois momentos analisados: ano do início da internação, sexo, faixa etária, município de residência na RMC, custo da internação e diagnóstico principal que justificou a internação. Tendo em vista que não há banco de dados, no âmbito do SUS, que disponibilize informações sobre a morbidade ambulatorial, o SIH passa a ser único sistema de informações que possibilita a análise da morbidade populacional.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado pelo DATASUS em 1991 para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país, o que possibilitou a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública[17]. Com base nessas

---

[16] Um exemplo é a Portaria MS/SAS n. 111, de 3 de abril de 2001, determinando que, nas internações de longa internação, as AIH tipo 5 passassem a conter o mesmo número e data de internação da AIH tipo 1. Tal procedimento permite acompanhar as internações de longa duração de forma mais confiável. Outro exemplo diz respeito a acidentes e violências, para os quais, a partir de 1998, a AIH passou a incluir o tipo de causa externa como diagnóstico secundário, além da natureza da lesão como diagnóstico principal (Portaria MS/SAS n. 142 de 13 de novembro de 1997).

[17] A implantação do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) não foi acompanhada, à época, de legislação que obrigasse o uso do documento padrão; isto aconteceu em 2000, por meio da Portaria Nº 474 de 31/8/2000, substituída pela Portaria Nº20, de 3/10/2003, que estabeleceu a coleta de dados, fluxo e periodicidade do envio das informações para o nível central. Importante resolução do MS, no final de 1997 (Portaria Nº 1.882/GM), estabeleceu, no país, o Piso da Atenção Básica, prevendo que "*a transferência de recursos será suspensa se a SMS deixar de alimentar, por dois meses consecutivos, os Sistemas de Informação em Saúde*", entre os quais, o SIM.

informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área.

Segundo Laurenti et al (2006), o SIM foi concebido para suprir as falhas do Sistema do Registro Civil e permitir conhecer o perfil epidemiológico da mortalidade em todo o país. Avaliações sucessivas do SIM, dos pontos de vista quantitativo e qualitativo, vêm sendo feitas pelo MS, pelas Secretarias Estaduais envolvidas e no meio acadêmico, para medir o grau de fidedignidade e as limitações das informações.

Diversos métodos têm sido usados para avaliação da cobertura do Sistema, o que permitiu verificar que, a partir de 2000, o SIM apresenta maior volume de óbitos do que os cartórios, possivelmente graças à mudança na metodologia da coleta de dados, visto que a Declaração de Óbito (DO) passaram a ser coletadas nos hospitais. Verifica-se que, embora lentamente, o SIM vem passando por um processo de qualificação de seu banco de dados. As variáveis com elevada presença de informações ignoradas ou não preenchidas, por exemplo, são, hoje, em menor número. (MELLO JORGE, 2007). Nesses anos de existência do SIM, a DO passou por modificações na formulação de algumas variáveis, a fim de obter respostas mais adequadas, e introdução de outras que se mostraram necessárias.

Segundo a legislação[18], a DO deve ser preenchida por médico e, em caso de morte por causa não natural, por perito legista pós-necropsia, obedecidas as especificidades do Código de Ética Médica e legislação complementar. De acordo com o documento de instruções para o preenchimento da declaração de óbito (BRASIL, 2006b), hoje numeradas, as DO são impressas pelo MS e distribuídas às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) para subseqüente entrega às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), que as repassam aos estabelecimentos de saúde, Institutos de Medicina Legal, Serviços de Verificação de Óbito (SVO) e Cartórios do Registro Civil. Compete às SMS o controle da distribuição das DO.

No momento de análise dos dados de mortalidade, os óbitos classificados como mal definidos representam importante lacuna no conhecimento da distribuição segundo causas. Constituem obstáculo para a alocação racional dos recursos de saúde com base em perfil epidemiológico, visto que podem alterar os coeficientes de mortalidade por doenças específicas (LAURENTI et al 2004). As causas

[18] Lei Federal Nº 6015, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos e dá outras providências.

classificadas como mal definidas referem-se aos casos em que houve assistência médica, mas não foi possível determinar a causa básica da morte (ou o médico declarou apenas um sintoma ou sinal), e àqueles em que não houve assistência médica. A análise temporal da proporção desses óbitos no Brasil, nos últimos 25 anos, deixa claro que, até meados da década de 80, tal proporção representava mais de 20% do total de óbitos captados pelo SIM; em 1990, havia declinado para cerca de 16% e, nos anos 2000, sua freqüência está ao redor de 13% (LAURENTI et al, 2006). Na RMC, no ano de 2009 segundo o DATASUS (2010), o percentual de causas mal definidas ficou em torno de 8,2%.

Na verdade, temos que reconhecer que, para a definição do perfil de morbidade de uma população, sabemos que a opção mais adequada é a realização de inquéritos de base populacional. Entretanto, isto nem sempre é possível, exigindo recursos humanos e financeiros de grande magnitude. Assim sendo, uma alternativa bastante utilizada constitui na realização de "estudos de demanda" que podem fornecer, além de dados sobre o perfil de morbidade de quem busca atendimento em uma unidade de saúde, informações sobre outros motivos de contato com os serviços, como procedimentos preventivos e curativos, sejam eles vinculados a ações de saúde programáticas ou não (SCHAIBER et al., 2000).

Para a análise comparativa da mortalidade da população idosa na RMC, foram considerados, nos dois períodos analisados, os óbitos por local de residência, destacando-se as seguintes variáveis: sexo, faixa etária (60-69, 70-79 e 80 e +), municípios de residência e causa básica do óbito segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10)[19]. Nessa abordagem analítica, utilizamos, através dos dados disponíveis no SIM e no banco de dados dos óbitos da DRS VII[20], os seguintes indicadores: taxa de mortalidade geral por idade e sexo, taxa de mortalidade por grupo de causa e mortalidade proporcional. A análise dessas proporções nos permitiu detectar as mudanças no padrão de mortalidade do grupo etário estudado, bem como as tendências do peso proporcional delas nos grandes capítulos da mortalidade.

[19] Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde – Décima Revisão. Padrão internacional utilizado para a classificação das doenças e outros problemas de saúde, tais como acidentes e violências, sintomas e sinais. Disponível em: <http:/www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm> e <http:/WWW.who.int/classifications/icd/em>.

[20] Esse banco de dados condensa as informações relativas aos óbitos enviados pelos municípios , antes de serem encaminhados ao Ministério da Saúde que aglutina os dados de todo o país para disponibilizá-lo no SIM/ DATASUS

Considerando ainda a grande demanda existente de idosos por serviços e procedimentos de natureza especializada, também foram analisados em nosso estudo os dados do Sistema de informação Ambulatorial (SIA), especialmente as informações referentes a produção e cobertura dos atendimentos e procedimentos ambulatoriais, apesar de esse sistema, implantado no País em 1991, ser bastante criticado, já que fornece mais dados quanto ao movimento de atendimentos e contas ambulatoriais do que informações epidemiológicas. De fato, o SIA/SUS não prevê um registro individual do paciente, o que impede a realização de estudos sobre procedência, fluxos de demanda, bem como a caracterização da clientela, em relação aos serviços consumidos (MELLO JORGE ET AL., 2005).

Também serão fontes para o desenvolvimento deste trabalho as Informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), banco nacional de dados, cuja página eletrônica foi tornada pública pelo Ministério da Saúde em 11 de dezembro de 2002. Contêm, num único sistema, informações sobre todos os estabelecimentos de saúde do Brasil, independente de prestarem ou não atendimento aos usuários do SUS. Abrange, portanto, a totalidade dos hospitais existentes no país, assim como a totalidade dos estabelecimentos ambulatoriais.

O CNES foi elaborado com base nas Fichas Cadastrais de Estabelecimentos de Saúde (FCES), instituídas pela portaria SAS 376/2000, e posteriormente modificada pela portaria MS/SAS n° 511/2000 que aprova a referida ficha cadastral e o seu manual de preenchimento. Essa portaria também institui a criação do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

O CNES constitui-se hoje, sem dúvida, no melhor instrumento para a estimativa dos contratos com prestadores de serviços para o SUS existentes no país (MATOS e POMPEU, 2003). Esse cadastro compreende o conhecimento dos estabelecimentos de saúde nos aspectos de área física, recursos humanos, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares, e propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades. Visa a auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população. Entendemos que para uma análise detalhada da evolução da rede ambulatorial ligada ao SUS é fundamental o aprimoramento contínuo do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), para disponibilizar informações completas sobre os prestadores de serviços de saúde.

Foram levantadas em nosso estudo informações quanto à capacidade instalada dos sistemas de saúde da RMC, no que se refere a número de equipamentos de saúde que podem estar relacionados à atenção à saúde do idoso.

Os dados de produção e cobertura dos idosos pela Atenção Básica, obtidos por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) também foram analisados, em função da importância desse nível de atenção no reconhecimento dos problemas de saúde e desenvolvimento de vínculo com o idoso, bem como espaço privilegiado para desenvolver ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

O SIAB foi implantado em 1998, a partir da ampliação do Sistema de Informações do Programa de Agentes de Comunitários de Saúde (SIPACS). Inclui instrumentos para o cadastramento das famílias acompanhadas, bem como para o registro da atenção às condições crônicas, como hipertensão arterial, diabetes, tuberculose e hanseníase, e para o acompanhamento da gestante e da criança. Além disso, o SIAB consolida a produção de serviços pela Equipe de Saúde da Família (ESF).

Os limites do SIAB estão relacionados, principalmente, à realização de análises que requerem a individualização de dados; às restrições relacionadas ao fato de só abranger unidades básicas de saúde onde atuam equipes de saúde da família; a problemas de natureza tecnológica do sistema informatizado e ao fato de apresentar um elenco muito extenso de variáveis a serem coletadas e formulários a serem preenchidos.

Com relação a essa última questão, vale ressaltar que esse não é um problema específico do SIAB, mas reflexo da organização histórica do próprio sistema de saúde e de seus efeitos sobre os sistemas de informação. A multiplicidade de formulários a serem preenchidos nas unidades de saúde para atender às demandas dos diferentes sistemas, a inexistência de uma cultura institucional de análise e a pouca qualificação dos profissionais de saúde no manejo de informações têm implicado na pouca utilização de dados pelos diferentes níveis do sistema, criando uma enorme contradição, na medida em que o esforço de produção da informação em saúde se sustenta na possibilidade de sua efetiva utilização para o conhecimento da realidade e para o processo de decisão.

Também foram utilizados, no âmbito deste estudo, dados provenientes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) [21] referentes ao contingente de idosos da RMC que possuem plano de saúde, buscando identificar a evolução do percentual dos idosos cobertos por esses planos na região, entre 1988- 2008. Isso permitiu trabalhar com dados mais próximos da realidade no que se refere à cobertura pelo SUS. Apesar do SUS ser o sistema público de caráter universal do país ele não é único, pois existe no Brasil o Sistema de Saúde Suplementar representado pelas empresas de seguro saúde e cooperativas médicas de autogestão. Todavia, devemos ressaltar que mesmo esses usuários do Sistema de Saúde Suplementar recorrem ao SUS com frequência, em determinadas circunstâncias, tais como internações de longa permanência, procedimentos de alta complexidade e assistência farmacêutica.

Para compreender o processo de envelhecimento na RMC entre 1999 e 2008, e permitir uma análise da compatibilidade desse processo com a transição da saúde em seus dois componentes, utilizamos dados e projeções do IBGE e da Fundação SEADE de São Paulo. Esses dados também foram utilizados para caracterizar, quanto à idade e sexo os idosos que vivem na região e compará-los ao longo do tempo.

Nessa perspectiva, e com objetivo de corroborar ou complementar as informações obtidas, utilizamos parte dos bancos de dados da pesquisa *Avaliação do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Campinas, visando ao Desenvolvimento de Redes de Atenção à Saúde,* desenvolvida entre 2006 e 2009, e também o banco de dados do *Projeto de Apoio Regionalização do SUS No Estado de São Paulo*, desenvolvido entre os anos de 2008 e 2010 ambos pelo Núcleo de Estudos em Políticas Públicas (NEPP/ UNICAMP).

O processamento dos dados de mortalidade e morbidade dos idosos, a cobertura e a produção dos serviços de saúde voltados a essa população e sua evolução no tempo foi realizado por meio da tabulação desses dados com tratamentos estatísticos simples – volume produzido, taxas e médias. A análise comparativa desses dados nos permitiu sublinhar as diferenças e tendências percebidas no período. Visando a diminuir possíveis efeitos de variação aleatória e

[21] ANS, criada em 2000 e vinculada ao Ministério da Saúde tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores.

da qualidade das informações sobre as causas de mortalidade e morbidade, optamos por trabalhar os indicadores agregados em períodos trienais, a fim de estabilizar as taxas obtidas. Além disso, a influência da estrutura etária foi minimizada pelo cálculo dos indicadores demográficos baseados nos subgrupos etários.

Importa destacar que nem todos os fatores associados ao envelhecimento, à transição da saúde e à inadequação do modelo de atenção à saúde do idoso, contemplados no capítulo anterior, estão disponíveis nos bancos de dados. Para a análise desses fatores, reunimos um conjunto de dados qualitativos, oriundos da análise documental.

2.2.2. Coleta e processamento dos dados qualitativos

Para aprofundar o conhecimento e possibilitar uma avaliação mais consistente da coerência entre as necessidades de atenção à saúde da população idosa, expressas pela demanda, e a organização dos sistemas de saúde na RMC, os dados obtidos nos sistemas de informação e seus bancos de dados quantitativos não foram suficientes.

É usual pensarmos que o trabalho de pesquisa sempre envolve o contato direto do pesquisador com o grupo de pessoas que será estudado. Todavia, segundo Godoy (1995b), frente a obstáculos que muitas vezes se colocam diante do pesquisador para a realização das pesquisas de campo, os documentos podem se constituir em uma rica fonte de dados. Godoy destaca ainda que:

> *... a utilização da análise documental é bastante útil quando o acesso aos dados é problemático; quando se pretende ratificar informações; quando interessa investigar a expressão do sujeito.* (p. 39)

Sá-Silva et al (2009) também destacam a importância da pesquisa documental:

> *"... é um procedimento metodológico decisivo em ciências humanas e sociais porque a maior parte das fontes escritas – ou não – são quase sempre a base do trabalho de investigação. Dependendo do objeto de estudo e dos objetivos da pesquisa, pode se caracterizar como principal caminho de concretização da investigação ou se constituir como instrumento metodológico complementar. Apresenta-se como um método de escolha e de verificação de dados..."* (p.13)

Nessa perspectiva, os documentos foram utilizados neste trabalho como fontes de informações, indicações e esclarecimentos e forneceram elementos para elucidar determinadas questões e complementar a interpretação dos dados quantitativos. Para tanto, procedemos ao exame de materiais de natureza diversa, que ainda não haviam recebido um tratamento de análise com o mesmo olhar que propusemos.

A escolha dos documentos que utilizamos em nossa investigação não foi um processo aleatório, mas se fez com base em alguns propósitos, como a própria hipótese do estudo. Considerou ainda o protagonismo de alguns sujeitos no processo de condução da implementação da política voltada ao idoso na RMC.

Foram selecionados nesta investigação os relatórios de pesquisas, relatórios de gestão e os relatórios de avaliação de planos de implantação da política estadual do idoso no território correspondente à RMC, obtidos no acervo da Coordenação do Programa de Atenção ao Idoso do Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS7) [22]. Tais documentos, referentes às diretrizes voltadas a qualificação e adequação da atenção ao idoso na região, constituíram-se em importantes fontes para nosso estudo.

No tratamento desses dados, utilizamos especialmente a técnica de análise de conteúdo, visando a obter indicadores que nos permitissem inferir e interpretar as características e tendências presentes no problema em estudo. Segundo Miles e Huberman (1984):

> *... A interpretação das conclusões consiste na atribuição de significado aos dados reduzidos e organizados através da formulação de relações. Trata-se de extrair significados a partir de uma apresentação-síntese dos dados, pondo em evidência ocorrências regulares, esquemas, explicações, configurações possíveis, tendências causais e proposições.* (p. 23)

[22] O DRS 7 Campinas, órgão administrativo da Secretaria Estadual de Saúde, atua numa área geográfica que compreende 42 municípios, dentre os quais 18 dos 19 municípios que compõem a RMC. Segundo o artigo 4° do decreto estadual n° 51433 de 2006, os Departamentos Regionais de Saúde têm por finalidades:
I - contribuir para a qualidade de vida da população das respectivas regiões, coordenando, articulando e organizando e gerenciando o sistema de saúde loco-regional;
II - identificar a necessidade de compra de serviços de saúde;
III - promover a articulação dos sistemas metropolitanos de saúde;
IV - avaliar, acompanhar e estabelecer a cooperação técnica dos sistemas de saúde;
V - tornar disponíveis e dar publicidade às informações de saúde e gerenciais que viabilizem o controle social do desempenho do sistema de saúde;

Nesse sentido, o processamento desses dados consistiu na descrição e sistematização das unidades de análise definidas e na categorização dos padrões e tendências inferidas, num confronto constante com o referencial teórico e as questões específicas desta investigação. Utilizamos a técnica da análise qualitativa do conteúdo, a fim de interpretá-los, identificar tendências e, na medida do possível, fazer inferências.

Acreditamos que a comparação entre a trajetória da implantação das diretrizes previstas no arcabouço de normas operacionais do SUS[23] – que na teoria visam a uma priorização e reforço no modelo de atenção à saúde do idoso – e as séries históricas de indicadores de cobertura e de morbi-mortalidade referentes a esse segmento populacional poderá contribuir com subsídios para a definição, implantação, acompanhamento e avaliação de ações de saúde voltadas a essa população na RMC. Essa questão será objeto do capítulo sobre os resultados da pesquisa.

[23] Cf. Quadro 1, do capítulo 1 desta dissertação.

CAPÍTULO 3

A transição das condições de saúde: o perfil da morbimortalidade dos idosos na RMC

Neste capítulo apresentamos os principais aspectos demográficos e epidemiológicos dos idosos na RMC. Infelizmente o aumento absoluto e relativo da população idosa e de sua longevidade, não vem sendo acompanhado por conhecimento mais detalhados sobre as condições de vida e saúde com análises mais profundas do comportamento e das tendências da morbidade hospitalar e da mortalidade na população idosa, por sexo e especialmente por subgrupos etários. O objetivo aqui é analisar a intensidade em que a transição epidemiológica vem ocorrendo na região, e também quais as principais condições crônicas que predominam, tanto nas causas de morte, como também nas principais causas de internação hospitalar dessa parcela da população. Buscamos aqui ainda evidenciar as diferenças entre gêneros , bem como as diferenças existentes entre as três faixas etárias dos idosos na RMC.

3.1. Aspectos demográficos do envelhecimento na Região Metropolitana de Campinas

Desde o ano de 1960, o ritmo de crescimento da população no Brasil vem diminuindo. Segundo Camarano (2004) a mais elevada taxa de crescimento observada no país de que se tem notícia foi observada na década de 1950, quando se registrou um crescimento anual de 3,1%. A partir de então, essa taxa vem declinando, até atingir o valor de 1,58 % a.a nesta década.

De acordo com dados da Fundação SEADE (2009), a RMC também apresentou nessas últimas décadas, redução de suas taxas anuais de crescimento populacional, de cerca de 6,5% a.a., nos anos 70, para 3,5% a.a., nos anos 80; para 2,6% a.a. nos anos 90 e para 1,86% a.a. na presente década. Como já visto, sabemos que essa taxa é fortemente influenciada pela dinâmica da fecundidade, da mortalidade e das migrações.

O declínio expressivo das taxas anuais de crescimento populacional foi determinado, pela redução da fecundidade, ocorrendo, entretanto, a diminuição do peso do componente migratório no município de Campinas e um crescimento mais

intenso nos municípios do entorno, resultando em taxas médias de crescimento da região ainda acima da média do Estado de São Paulo e do Brasil (NEPP/UNICAMP, 2007). Nos municípios com as taxas de crescimento mais elevadas, tal elevação se deve, sobretudo ao componente migratório, com importância crescente da migração intra-metropolitana, que reflete o processo de redistribuição interna da população. Na RMC, destaca-se nesse processo, o município de Campinas que, de acordo com dados da Fundação Seade, registrou uma taxa de crescimento na última década de 1,11% a.a, a segunda menor taxa observada entre todos os municípios da região. No outro extremo, observamos o município de Paulínia, com a taxa de crescimento de 4,85% a.a no mesmo período. A Tabela 2 evidencia ainda que o ritmo de crescimento da RMC vem se mantendo acima da média brasileira e da média estadual.

Tabela 2 - Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População, dos municípios da Região Metropolitana de Campinas, São Paulo e Brasil 1991/2000; 2001/2009

Município	(Em % a.a.)	
	1991/2000	2000/2010
Americana	1,95	1,46
Artur Nogueira	5,95	2,99
Campinas	1,54	1,11
Cosmópolis	2,87	2,89
Engenheiro Coelho	4,03	4,63
Holambra	2,74	4,61
Hortolândia	6,73	2,40
Indaiatuba	4,34	3,25
Jaguariúna	2,64	4,15
Monte Mor	4,38	2,79
Nova Odessa	2,41	2,02
Paulínia	3,89	4,85
Pedreira	2,7	1,69
Santa Barbara D'Oeste	1,85	0,59
Santo Ant. de Posse	3,35	1,33
Sumaré	3,88	2,10
Valinhos	2,29	2,59
Vinhedo	3,9	3,07
Itatiba	3,15	2,28
RMC	2,59	1,84
São Paulo	1,80	1,10
Brasil	1,64	1,17

Fonte: IBGE, Censo 2010.

Quanto à distribuição espacial da população em geral na RMC, podemos observar uma expressiva concentração populacional nas áreas urbanas, com a presença da quase a totalidade dos habitantes da região concentrada nessas áreas. Apenas 2 municípios da região possuem grau de urbanização inferior a 75%. Observamos ainda que o município de Hortolândia, por outro lado possui 100% da sua população residindo em áreas urbanas desde 2000. A Tabela 3 mostra que o grau de urbanização da população na região, no estado e no país, aumentou no período abrangido por este estudo. Podemos observar ainda que os dados da RMC são maiores, nos três períodos, que os índices encontrados para o Estado de São Paulo, e significativamente maiores que os índices do Brasil.

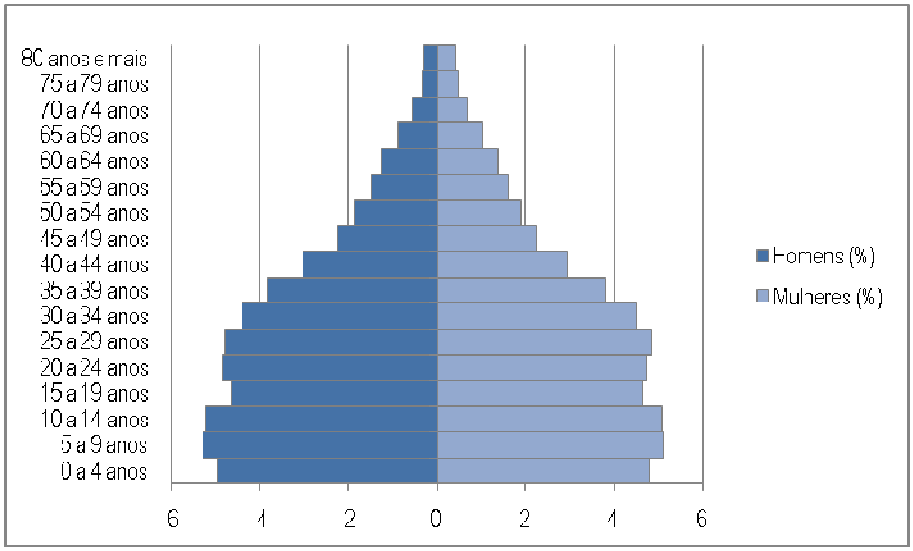
Tabela 3 - Grau de Urbanização da população nos municípios da RMC, São Paulo e Brasil 1991, 2000-2010

Município	1991	2000	2010
Americana	99,88	99,76	99,53
Artur Nogueira	75,45	91,97	90,41
Campinas	97,24	98,33	98,28
Cosmópolis	93,20	95,92	92,87
Engenheiro Coelho	NA	69,86	73,15
Holambra	NA	54,61	72,46
Hortolândia	NA	100	100
Indaiatuba	90,95	98,43	99,00
Itatiba	87,72	81,19	84,42
Jaguariúna	73,06	87,21	97,10
Monte Mor	85,80	91,52	93,92
Nova Odessa	93,82	97,72	98,37
Paulínia	89,72	98,90	99,91
Pedreira	95,79	96,91	99,15
Santa Barbara D'Oeste	97,15	98,73	99,21
Santo Antonio de Posse	59,35	80,96	91,17
Sumaré	99,36	98,58	98,82
Valinhos	88,11	94,62	95,19
Vinhedo	98,17	97,79	96,86
RMC	95,10	97,10	98,30
São Paulo	92,80	93,40	93,90
Brasil	75,60	81,30	85,40

Fonte: IBGE, Censo 2010.

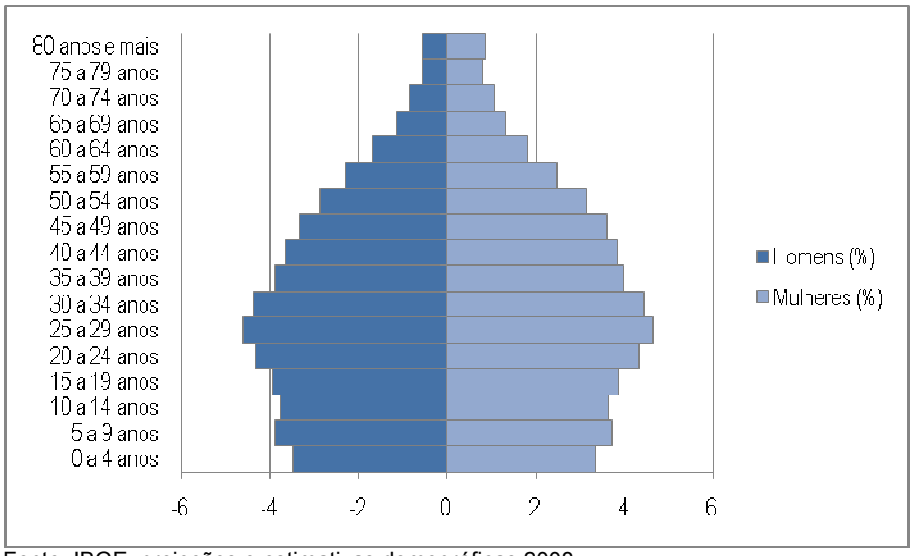
Do ponto de vista da distribuição geográfica dos idosos residentes na RMC, observarmos que, do total dos 176.742 idosos residentes na região em 1999, 47% viviam no município de Campinas, e no ano de 2008, esse percentual diminuiu para 44% do total dos 281.100 idosos presentes na RMC. Na análise da estrutura etária da população da RMC, a observação das pirâmides populacionais de 1991, e 2009 (gráficos 1 e 2) nos mostra o envelhecimento da população regional, que pode ser reconhecido pela diminuição da proporção das faixas de 0 a 14 anos (base da pirâmide) e aumento das faixas com mais de 60 anos (topo da pirâmide).

Gráfico 1 - Pirâmide Etária -1991. População Residente por faixa etária e sexo na RMC



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991

Gráfico 2 - Pirâmide Etária -2009. População Residente por faixa etária e sexo na RMC



Fonte: IBGE, projeções e estimativas demográficas 2008

Segundo a Fundação SEADE, o índice de envelhecimento[24] em todos os municípios da RMC, elevou-se no período 1980 a 2009, o que indica o estágio avançado da transição demográfica na região. Os dados da Tabela 4 mostram que o índice de envelhecimento cresceu significamente em todo o Brasil e dobrou no período de 1991 a 2009 na RMC. Evidenciam ainda que, até o ano de 2000, esse índice na região era menor que o observado no Estado de São Paulo, situação que se inverteu no final da presente década.

Tabela 4 - Índice de Envelhecimento da População no Brasil, São Paulo e RMC nos Anos de 1991, 2000-2008

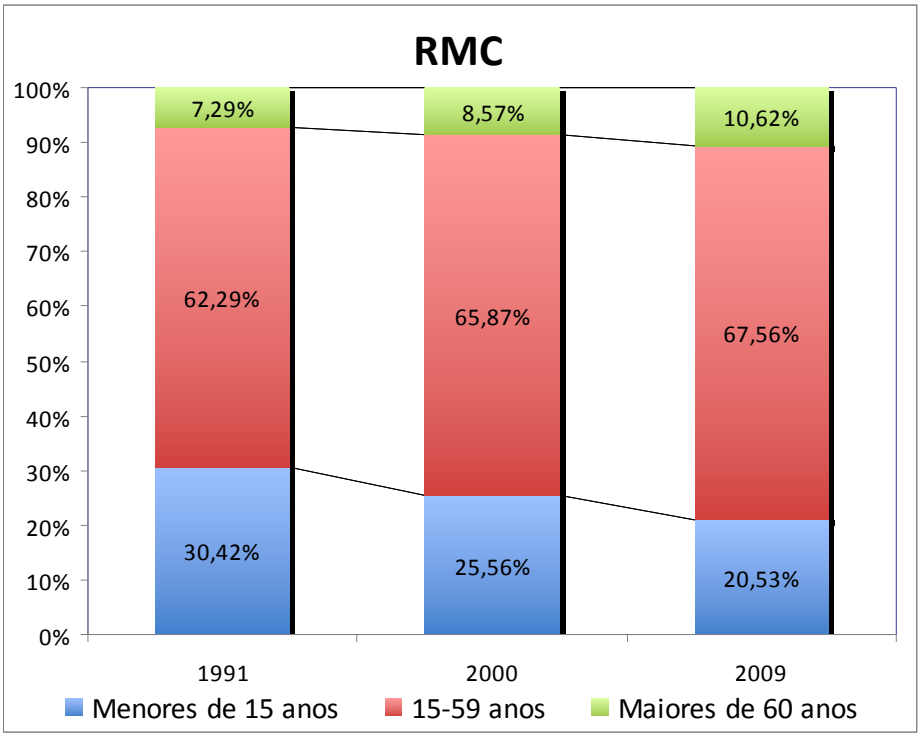
	1991	**2000**	**2008**
RMC	24,0	33,6	49,0
São Paulo	25,0	34,0	46,7
Brasil	21,0	28,9	37,2

Fonte: Fundação SEADE, 2009. RIPSA, 2010.

Em termos de envelhecimento populacional, a RMC como um todo apresenta uma importante aceleração no crescimento da população idosa, especialmente na década de 1990, o que aponta para a necessidade de organização e implantação de linhas de atenção voltadas para o atendimento desse expressivo contingente populacional. No que se refere à população de idosos na RMC, a proporção desse grupo etário na população saltou de 7,3% em 1991 para 10,29 % em 2008. O Gráfico 3 evidencia nos anos de 1991, 2000 e 2008 a diminuição do grupo etário dos menores de 15 anos no Brasil, SP e RMC, bem como o aumento significativo da faixa etária dos maiores de 60 anos.

[24] Este índice mede a relação entre a população com mais de 60[24] anos e a população com menos de 15 anos, através da razão entre os componentes etários extremos da população.

Gráfico 3 - Percentual da População com Menos de 15 Anos, de 15-49 Anos e com mais de 60 Anos na RMC em, 1991, 2000, 2009



Fonte: IBGE, Censos Populacionais 1991 e 2000; Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2008.

Também fica evidente, conforme mostra a Tabela 5, uma diferença de sexo na composição do grupo de 60 anos e mais na RMC, a qual apresenta um percentual maior de mulheres idosas em relação aos homens idosos, em todos os períodos analisados.

Tabela 5 - Proporção de Idosos na estrutura etária por Ano e Sexo na RMC, 1991; 2000; 2009

Ano	Masculino	Feminino	Total
1991	6,7	7,9	7,3
2000	7,7	9,4	8,6
2009	9,4	11,5	10,6

Fonte: IBGE, Censos Populacionais 1991 e 2000; Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2008.

A Razão de Sexo[25], apresentada na Tabela 6 por subgrupos etários, evidencia que a população feminina na RMC vem-se constituindo como um segmento significativamente maior que o masculino, desde 1991, em todas as faixas dos idosos analisadas. Essa prevalência das mulheres entre os idosos se tornou mais expressiva ao longo das décadas. Importa destacar aqui que a proporção do contingente feminino é maior, quanto mais idoso for o segmento, tendência que pode ser explicada pela mortalidade diferencial por sexo, como veremos adiante. Isso nos leva à constatação de que, de fato como sugere Camarano (2004), o "mundo dos muito idosos é um mundo de mulheres".

Tabela 6 - Razão de Sexos por Ano e Faixa Etária na RMC, 1991, 2000, 2008

Ano	60 - 69 Anos	70 - 79 Anos	80 Anos e mais
1991	89,15	77,6	66,7
2000	86,65	75,85	61,6
2008	87,9	75,35	63,4

Fonte: IBGE: Censos Demográficos 1991 e 2000; RIPSA, 2010.

Conforme já visto anteriormente, a transição epidemiológica tem como característica a queda acentuada das taxas de mortalidade infantil por doenças infecto-contagiosas e parasitárias. A partir disso, a redução da mortalidade passa gradativamente a incidir nos grupos populacionais com idades cada vez mais avançadas, alterando o padrão de mortes: mais pessoas sobrevivem a uma determinada idade.

Por sua vez os ganhos na esperança de vida são resultados, principalmente, da redução da mortalidade infantil e dos riscos de morte das crianças, jovens, adultos e idosos. No cenário nacional, vem ocorrendo um aumento significativo da expectativa de vida da população: passou de 66,93 anos em 1991 para 72,1 em 2008. Conforme mostra a Tabela 7, a esperança de vida na RMC foi 2,38 anos maior que a média nacional e 0,77 maior que a estadual. Esses ganhos decorrem de inúmeros fatores; dentre eles, destacamos aqui os progressos técnicos da medicina e as transformações socioeconômicas, políticas e sanitárias.

[25] Número de homens para cada grupo de 100 mulheres, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Esse indicador expressa a relação quantitativa entre os sexos. Se igual a 100, o número de homens e de mulheres se equivalem; acima de 100, há predominância de homens e, abaixo, predominância de mulheres.

Tabela 7 - Esperança de vida ao nascer na RMC, São Paulo e Brasil 1991, 2000, 2005 e 2008

	1991	2000	2005	2008
RMC	-	71,91	74,43	-
São Paulo	69,19	71,58	73,66	74,6
Brasil	66,93	70,44	72,05	72,1

Fonte: Fundação SEADE, 2009. RIPSA, 2010.

Em termos das diferenças de sexo, os dados disponíveis para ambos os sexos, para o Brasil e unidades federadas (Tabela 8), mostram que as mulheres experimentam uma esperança de vida maior que a masculina, diferença que vem se mantendo ao longo tempo analisado.

Tabela 8 - Esperança de vida ao nascer para sexo masculino e feminino, Brasil e São Paulo 1991, 2000 e 2008

	1991		2000		2008	
	Masc.	**Fem.**	**Masc.**	**Fem.**	**Masc.**	**Fem.**
São Paulo	65,1	74,2	67,9	76,7	70,4	78,8
Brasil	63,2	70,9	66,7	74,4	69,3	76,8

Fonte: Fundação SEADE, 2009. RIPSA, 2010.

O envelhecimento populacional é um fenômeno demográfico que impacta significativamente as condições de saúde dos sobreviventes e demanda dos sistemas de saúde a organização de respostas satisfatórias para a atenção à saúde dessa população. Uma das formas existentes para dimensionar essa situação é o indicador esperança de vida saudável, definido pela OMS, que mede o número de anos que uma pessoa tem com uma expectativa de vida A esperança de vida saudável refere-se ao número médio de anos de vida que uma pessoa de determinada idade pode esperar viver com saúde, dado que prevaleçam as taxas de morbidade (incidência relativa de uma doença) e mortalidade naquela idade específica, e pode ser usado para monitorar os sistemas de saúde. Ao mensurar as necessidades dos serviços de saúde, é preciso saber não somente os anos médios vividos, como também o estado de saúde da população em cada idade. Essa mensuração é importante na definição de políticas públicas específicas, que contribuam para o aumento dos anos vividos com saúde, assim como permite observar as tendências de saúde da população (CAMARGOS, 2004). Os dados apresentados pela OMS em 2000 sugerem que, apesar da esperança de vida ao

nascer da mulher ser maior que a do homem, também é maior o número de anos sem saúde para o sexo feminino. Podemos concluir assim que, se as condições de saúde da população não melhorarem, também se prognostica um tempo de vida vivido sem saúde.

3.2. A Transição epidemiológica e o perfil epidemiológico dos idosos na RMC

Com o envelhecimento da população, doenças não-transmissíveis tornam-se as principais causas de morbidade, de deficiências e de mortalidade em todas as regiões do mundo (OMS, 2005).

O aumento da esperança de vida ocasionou maior incidência e prevalência de doenças e condições não-transmissíveis, como hipertensão, diabetes, doenças pulmonares, mal de Alzheimer, dentre tantas outras. As enfermidades não-transmissíveis são causas importantes e que exercem pressão sobre os serviços de saúde, levando, individualmente, a invalidez e baixa qualidade de vida (OMS, 2003). Cada vez mais os indivíduos morrem dessas doenças, de forma que os indicadores de mortalidade por causas vêm sendo alterados.

A transição epidemiológica apresenta, no Brasil, um quadro de morbimortalidade em que as doenças cardiovasculares representam atualmente cerca de 35% das mortes registradas no país. Pesquisa realizada por Karsch em 1998 apontou que o Brasil apresentava, à época, a segunda maior taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) no mundo[26].

Segundo Camarano (2004), as duas causas mais frequentes de internação dos idosos no país, para ambos os sexos, são a insuficiência cardíaca e coronariana e as doenças pulmonares, que se revezam como a primeira e a segunda causas. O AVC agudo, a crise hipertensiva, as enteroinfecções, a desnutrição, a desidratação e a anemia estão sempre presentes como causas intermediárias. Todavia, ressalta a autora, os acometimentos do envelhecimento não devem ser explicados por uma única doença, pois a comorbidade é uma realidade entre os idosos.

Como já discutido anteriormente, o padrão de morbimortalidade da população idosa difere radicalmente dos observados para o restante da população, o que requer que os idosos sejam alvo de políticas de saúde especificas.

[26] A morbimortalidade por AVC apresenta-se como a 2ª causa de morte no mundo e é a principal causa de incapacidade neurológica dependente de cuidados de reabilitação. Sua incidência está relacionada à idade e ameaça a qualidade de vida na velhice não só pela sua elevada incidência e mortalidade, mas também pela incapacidade que pode causar (RESCK et al, 2004).

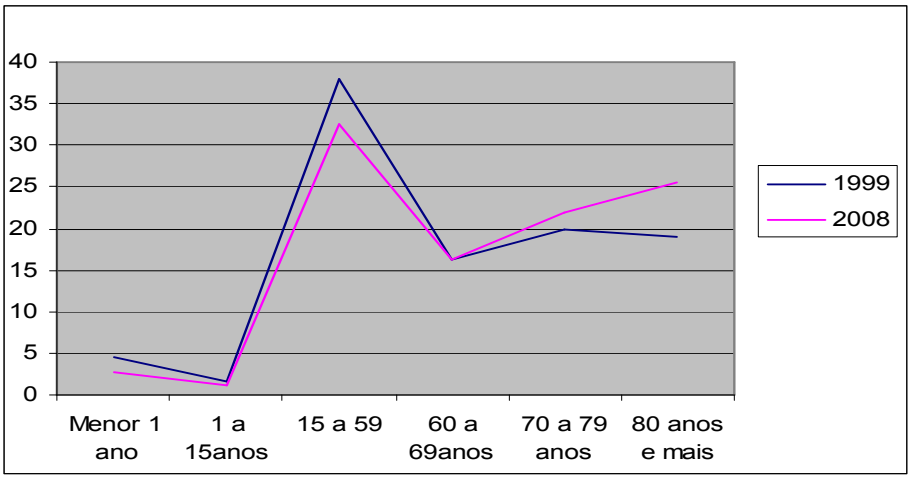
Caracterizam-se primordialmente por condições crônicas que resultam em consumo maior de consultas médicas, internações hospitalares (número e tempo de permanência), exames periódicos e medicamentos.

Apresentaremos, a seguir, aspectos da mortalidade e da morbidade hospitalar dos idosos na RMC, para permitir uma análise comparativa da situação epidemiológica nos dois períodos em estudo neste trabalho, bem como contribuir para a compreensão da reatividade dos sistemas de saúde frente a esse cenário.

3.2.1. Aspectos da mortalidade dos idosos na RMC

O deslocamento da concentração de óbitos para grupos etários mais elevados reflete a redução da mortalidade em idades jovens, sobretudo na infância, e o consequente aumento da expectativa de vida da população. Na RMC, no que se refere a distribuição percentual dos óbitos por faixa etária, observamos uma queda na mortalidade tanto na faixa dos menores de 1 ano quanto na faixa etária que compreende o segmento de 15 a 59 anos. Por sua vez, no peridodo estudado, o percentual da mortalidade dos idosos aumentou significamente, especialmente na para os idosos com 80 anos e mais. O Gráfico 4 permite ver a migração de mortes para faixas etárias cada vez mais altas. Nesses 10 anos, os menores de 1 ano reduziram sua participação de 4,4% para 2,6% do total de mortes. Em compensação, os idosos, que respondiam por 55,28% dos óbitos em 1999, ampliaram sua participação para 63,51% em 2008. A faixa de idosos mais alta, aqueles com 80 anos ou mais, passou a ser o segmento com maior proporção de óbitos. Na realidade, o que se observa é um deslocamento da ocorrência dos óbitos, seja pela evolução da tecnologia médica, seja, em uma dimensão mais ampla, pelo próprio progresso do desenvolvimento da sociedade, com melhores condições de vida.

Gráfico 4 - Distribuição % da mortalidade, segundo grupos etários na RMC, 1999 e 2008



Fontes: SIM/DATASUS; Banco de Registros de Óbitos do DRS 7 Campinas.

Observamos, no período do estudo, uma queda acentuada nas taxas de mortalidade geral da população idosa residente na RMC, da ordem de 6%. Ao compararmos as taxas da região com as do Estado de São Paulo (Tabela 9), constatamos que, nos dois períodos considerados, e para ambos os sexos, ocorreu queda nas taxas de mortalidade em todos os grupos etários dos idosos; a taxa de mortalidade masculina sempre supera a feminina por uma boa margem nos anos pesquisados e as taxas de mortalidade por faixa etária mostram que quanto maior a idade entre os idosos, maior essa taxa.

Tabela 9 - Taxa de Mortalidade (por 1000 habitantes) entre Idosos (60-69, 70-79 e 80+Anos) por sexo e grupo etário na Região Metropolitana de Campinas e Estado de São Paulo Média trienal 1998-2000 e 2006-2008

	60-69		70-79		80 e mais	
Região/ano	**Masculino %**	**Feminino %**	**Masculino %**	**Feminino %**	**Masculino %**	**Feminino %**
1998-2000						
RMC	2, 74	1, 56	6, 43	4, 00	14, 71	12, 45
São Paulo	2, 90	1, 67	6, 55	4, 24	15, 19	12, 64
2006-2009						
RMC	2, 07	1, 12	4, 84	2, 98	11,28	9,86
São Paulo	2, 30	1, 27	5, 04	3, 15	11,24	9,92

Fontes**:** DATASUS, Estatísticas vitais e informações demográficas, 2010; Banco de dados de mortalidade do DRS 7-Campinas, 2010.

A redução das taxas de mortalidade foi mais acentuada entre as faixas etárias superiores. Esses resultados são consistentes com o crescimento dos idosos mais velhos na composição da população.

Como conseqüência dessa redução da taxa de mortalidade da população idosa, a esperança de vida aos 60 anos aumentou. No Estado de SP essa esperança de vida feminina passou de 21 para 23,4 anos entre 1991 e 2008, e para os homens houve um aumento de 17,6 para 19,6 anos no mesmo período. Vale destacar que os diferenciais expressivos entre homens e mulheres aumentaram no período, tanto em termos absolutos como relativos.

Os dados que seguem comparam a mortalidade dos idosos por grupo de causas entre 1999 e 2008. A mortalidade proporcional por grupo de causas mede a participação relativa dos principais grupos no total de óbitos com causas definidas e, de modo geral, esse indicador é influenciado pela participação dos seguintes fatores que contribuem para aumentar ou diminuir determinadas causas, alterando a distribuição proporcional das demais: condições socioeconômicas, perfil demográfico, infraestrutura de serviços públicos, acesso e qualidade dos serviços de saúde. As tabelas 10, 11 e 12 apresentam os indicadores referentes à mortalidade proporcional segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) na RMC no período de 1999 a 2008 dos três grupos etários (60-69, 70-79 e 80 e mais) constitutivos da população idosa na RMC.

Tabela 10 - Mortalidade Proporcional por Causa - CID-BR-10 – por sexo e na Faixa Etária de 60 a 69 Anos- Região Metropolitana Campinas-1999 e 2008 (média trienal)

CAPÍTULOS DA CID 10		% Masc.		% Fem.	
		1999	2008	1999	2008
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,31	3,38	3,09	3,41
II.	Neoplasias (tumores)	22,70	23,42	22,66	27,27
IV	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,38	4,60	6,11	8,05
IX.	Doenças do aparelho circulatório	34,39	33,94	36,13	32,34
X.	Doenças do aparelho respiratório	11,62	10,14	11,62	10,49
XI.	Doenças do aparelho digestivo	5,54	6,83	5,09	4,85
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	1,78	7,66	2,00	2,41
XVIII.	Sint. sinais e achad anorm ex clín e laborat*	9,89	6,83	9,28	5,86
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	4,83	4,76	1,64	2,08

Fonte: SIM/DATASUS, 2010.

* Esse grupo é também denominado “causas mal conhecidas”

Tabela 11 - Mortalidade Proporcional por Causa - CID-BR-10 – por sexo e na Faixa Etária de 70 a 79 Anos na Região Metropolitana Campinas-1999 e 2008 (média trienal)

CAPÍTULOS DA CID 10		% Masc.		% Fem.	
		1999	2008	1999	2008
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,77	2,63	3,02	3,00
II.	Neoplasias (tumores)	19,62	20,09	16,22	18,77
III.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,48	4,89	6,57	7,13
VI.	Doenças do sistema nervoso	1,52	2,03	1,67	2,61
IX.	Doenças do aparelho circulatório	36,47	35,58	40,35	36,40
X.	Doenças do aparelho respiratório	16,76	15,87	13,51	14,06
XI.	Doenças do aparelho digestivo	4,64	5,04	5,16	4,94
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	2,25	2,33	2,22	2,95
XVIII.	Sint. sinais e achad anorm ex clín e laborat	9,24	7,75	8,35	6,67
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	2,37	2,37	1,64	2,03

Fonte: SIM/DATASUS, 2010.

Tabela 12 - Mortalidade Proporcional por Causa - CID-BR-10 – por sexo e Faixa Etária de 80 e mais - Região Metropolitana Campinas-1999 e 2008 (médias trienais)

CAPÍTULOS DA CID 10		% Masc.		% Fem.	
		1999	2008	1999	2008
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1,97	2,04	2,19	2,43
II.	Neoplasias (tumores)	14,66	15,61	10,41	11,07
III.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,24	4,64	5,65	6,52
VI.	Doenças do sistema nervoso	1,31	2,69	1,78	3,89
IX.	Doenças do aparelho circulatório	35,00	33,84	40,27	35,21
X.	Doenças do aparelho respiratório	22,18	21,37	18,59	17,76
XI.	Doenças do aparelho digestivo	4,12	3,75	3,90	4,02
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	3,03	3,84	2,32	4,33
XVIII.	Sint. sinais e achad anorm ex clín e laborat	11,42	8,57	11,18	9,36
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	2,03	2,01	1,82	2,80

Fonte: SIM/DATASUS, 2010.

A hierarquia das três principais causas de óbitos para ambos os sexos, nos três grupos etários dos idosos, não se modificou no período entre 1999 e 2008. O cenário foi dominado pelas doenças do aparelho circulatório; em seguida, pelas neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Juntas, a primeira, a segunda e a terceira causa, para todos os grupos, e nos dois períodos, foram responsáveis por mais de 65% do total de óbitos, sendo que as doenças do aparelho circulatório diminuíram sua importância relativa no mesmo período, enquanto as neoplasias ascenderam.

As causas mal definidas também apresentaram queda no período analisado, sugerindo uma qualificação do diagnóstico e, conseqüentemente, das informações

sobre as causas de óbitos. O capítulo da CID descrito como “Sinais, Sintomas e Afecções Mal Definidas” corresponde genericamente, nas palavras de PAES (2004), “*a diagnósticos imprecisos ou mesmo a falha do atestante que, sem ter realizado um exame das causas ou condições mórbidas que teriam levado ao óbito, lança um diagnóstico dúbio, impreciso”* (p. 9). Os percentuais desse grupo de causas praticamente não apresenta diferenças entre os sexos, e sua importância relativa aumentou no grupo etário dos idosos de 80 anos e mais, para ambos os sexos.

As causas de óbito mais representativas entre as mulheres, nas três faixas analisadas, foram as relacionadas às doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias, doenças do aparelho respiratório e pelas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Comparando 1999 e 2008, observamos que o peso relativo dos óbitos por doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório se reduziu no grupo de mulheres em praticamente todas as faixas etárias. Em contrapartida, o percentual de óbitos nos grupos das neoplasias e doenças metabólicas e endócrinas aumentou nesse período em todos os grupos etários femininos. A evolução dos indicadores do grupo dos sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais, ou seja, o grupo das causas mal definidas apresentou uma tendência diferenciada. Embora sua representatividade no grupo das causas de óbito não tenha sido relativamente pequena, esse grupo foi o que apresentou a maior redução entre os anos em estudo.

As causas de morte mais representativas entre os homens também são aquelas relacionadas ao aparelho circulatório, que apresentaram taxas elevadas quando comparadas às demais causas selecionadas para o estudo, em todos os grupos etários, tanto em 1999 quanto em 2008. Em seguida, destacam-se as neoplasias, as doenças do aparelho respiratório e as causas mal definidas. Para os homens, os maiores decréscimos percentuais na mortalidade proporcional foram observados para as doenças do aparelho circulatório e respiratório.

Embora apresentem tendência declinante, é importante salientar que as doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração representavam as duas causas mais frequentes de mortalidade entre idosas e idosas no ano 2008, com o percentual de óbitos, quase duas vezes superiores às observadas para a causa subseqüente. Por outro lado, o peso dos óbitos por neoplasia, doenças do aparelho digestivo, doenças endócrinas e metabólicas e doenças geniturinários dos

homens de 60 a 69 anos, de 75 a 79 anos e de 80 anos e mais, aumentaram entre os anos em análise.

Podemos observar nas Tabelas 13, 14 e 15, as médias trienais das taxas de mortalidade especifica (TME) por capítulos da CID 10, nos idosos masculinos e femininos nos 3 subgrupos etários analisados, nos anos de 1999 e 2008. Essas taxas estimam o risco de morte por cada um dos grupos de causas e auxiliam no dimensionamento e na magnitude dessas causas como problemas de saúde pública.

Tabela 13 – Taxa de Mortalidade Especifica (por 100.000 habitantes) por sexo e na Faixa Etária de 60 a 69 Anos, por capítulos da CID 10 Região Metropolitana Campinas-1999 e 2008 (média trienal)

CAPÍTULOS DA CID 10		Masc.		Fem.	
		1999	2008	1999	2008
III.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	86,6	72,9	45,3	40,6
IV.	Neoplasias (tumores)	594,3	505,3	331,9	324,3
IV	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	88,6	99,21	89,5	95,7
IX.	Doenças do aparelho circulatório	900,6	732,4	529,3	384,5
X.	Doenças do aparelho respiratório	300,3	218,9	170,3	124,8
XI.	Doenças do aparelho digestivo	144,9	147,4	74,6	57,7
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	23,7	38,5	29,3	28,7
XVIII.	Sint. sinais e achad anorm ex clín e laborat*	259,1	168,8	135,9	69,7
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	126,6	102,6	24,1	24,8

Fonte: SIM/DATASUS, 2010

* Esse grupo é também denominado “causas mal conhecidas”

Tabela 14 - Taxa de Mortalidade Especifica (por 100.000 habitantes) por sexo e na Faixa Etária de 70 a 79 anos, por capítulos da CID 10 Região Metropolitana Campinas-1999 e 2008 (média trienal)

CAPÍTULOS DA CID 10		Masc.		Fem.	
		1999	2008	1999	2008
V.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	171,8	133,7	112,94	93,9
VI.	Neoplasias (tumores)	1218,3	1020,0	605,6	587,4
IV	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	216,2	248,4	245,2	223,25
IX.	Doenças do aparelho circulatório	2264,8	1806,8	1506,9	1139,4
X.	Doenças do aparelho respiratório	1040,9	805,8	504,4	439,9
XI.	Doenças do aparelho digestivo	255,9	288,3	192,6	154,6
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	139,9	118,5	82,8	92,5
XVIII.	Sint. sinais e achad anorm ex clín e laborat	573,8	393,4	311,91	208,8
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	146,9	120,4	61,30	63,6

Fonte: SIM/DATASUS, 2010

Tabela 15 - Taxa de Mortalidade Especifica (por 100.000 habitantes) por sexo e na Faixa Etária de 80 anos e mais, por capítulos da CID 10 Região Metropolitana Campinas-1999 e 2008 (média trienal)

CAPÍTULOS DA CID 10	Masc.		Fem.	
	1999	2008	1999	2008
VII. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	278,8	250,9	268,8	256,8
VIII. Neoplasias (tumores)	2080,2	1924,0	1279,7	1170,7
IV Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	460,3	572,5	694,5	689,6
IX. Doenças do aparelho circulatório	4965,9	4172,2	4950,8	3724,5
X. Doenças do aparelho respiratório	3146,9	2635,1	2285,0	1878,7
XI. Doenças do aparelho digestivo	584,2	462,7	478,8	424,8
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	429,3	473,1	285,6	457,7
XVIII. Sint. sinais e achad anorm ex clín e laborat	1619,9	1056,1	1374,9	989,6
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	287,7	248,4	224,0	256,8

Fonte: SIM/DATASUS, 2010

Quando as principais causas de óbito foram analisadas, algumas diferenças de sexo puderam ser observadas. Para o grupo total de idosas, os percentuais para doenças endócrinas metabólicas e nutricionais são significativamente maiores que dos homens de todos os grupos observados, demonstrando uma tendência no período de aumento desses percentuais nesses grupos. Observamos ainda que, para as mulheres, a mortalidade proporcional por neoplasia aumentou em todos os grupos etários de 1999 a 2008, sobretudo nos idosos de 60 a 69 anos. Entretanto, entre os homens, os três grupos etários experimentaram aumentos bem mais discretos para os percentuais das doenças neoplásicas.

Em relação às causas externas de mortalidade, é importante ressaltar as diferenças existentes entre os sexos. Nos homens, predomina a mortalidade por acidente de trânsito e atropelamentos. Para as mulheres, as causas mais freqüentes de mortalidade são as quedas e os eventos de intenção indeterminada, com 65% das mortes no grupo das causas externa em 2008. Para os homens, esses mesmos eventos representaram 36,6% dos óbitos por causas externas no mesmo ano. No que se refere as TME por causas externas observa-se um aumento no período do estudo para o sexo feminino que em 1999 apresentava 61,8 óbitos por mil e em 2008 essa taxa foi de 82,6 óbitos por mil. Para os homens, apesar dos índices serem sempre maiores, observou-se uma redução nesta taxa de 159,3 para 111,6 óbitos por mil entre os anos de 1999 e 2008.

Em resumo, as tendências mais expressivas da mortalidade entre idosos, em todas as coortes estudadas, no período entre 1999 e 2008, foram: a) redução progressiva das taxas de mortalidade em ambos os sexos, sobretudo entre as mulheres, e entre idosos mais velhos; b) redução progressiva das taxas específicas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório que permanecem todavia no período analisado com os índices elevados e as maiores proporções entre os óbitos observados.É importante ressaltar que o predomínio das doenças do aparelho circulatório entre as causas de mortalidade de idosos é tão acentuado que, tudo indica, esse grupo representará a principal causa de óbito nessa população, por um longo tempo;c) redução das taxas especificas de neoplasias malignas para homens e mulheres , que todavia tiveram aumento expressivo na classificação geral entre as causas de óbitos em idosos.

Com relação aos óbitos por neoplasias, entre os homens, predominam em 2008 aqueles por cânceres da traquéia, brônquios e pulmões, seguidos pelo da próstata. Entre as mulheres, a neoplasia maligna de mama e as da traquéia, brônquios e pulmões são as causas mais frequentes de mortalidade. Entre as doenças do aparelho respiratório, as duas causas mais freqüentes de óbitos eram as doenças crônicas das vias aéreas inferiores e a pneumonia, em ambos os sexos. Entre as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, predomina nos dois períodos analisados o diabetes *mellitus*, entre idosos e idosas, inclusive com aumento da taxa especifica de mortalidade por esse agravo entre os anos analisados, que em 1998 era de 149,5 óbitos por mil para as mulheres e 119,1 para os homens e em 2008 foi de 157,9 no sexo feminino e 125,6 no sexo masculino.

Esse quadro aponta para um grande potencial de prevenção da mortalidade precoce entre idosos brasileiros, uma vez que parcela importante da mortalidade dessa população tem formas de prevenção conhecidas, associadas aos cinco fatores de risco mais importantes para doenças crônicas não transmissíveis: hipertensão, tabagismo, consumo de álcool, dislipidemia e obesidade ou sobrepeso. Outras formas de prevenção dizem respeito ao diagnóstico precoce para alguns tipos de cânceres e à detecção de casos e tratamento adequado da hipertensão e dislipidemia (OMS, 2003).

3.2.2. Aspectos das internações e da morbidade hospitalar dos idosos na RMC

Antes de iniciarmos a análise dos dados de morbidade hospitalar dos idosos, vale discorrermos sobre alguns aspectos e indicadores relacionados ao custo e utilização dos serviços hospitalares pelos idosos na RMC. Sabemos que, dentre as categorias dos serviços de saúde, a hospitalização é a que acarreta maiores custos, sendo que a sua utilização aumenta com a idade e a presença de condições crônicas. Entretanto, de acordo com Achutti e Azambuja (2004), no que diz respeito ao aumento de gastos públicos com assistência médica, os dados disponíveis indicam cada vez mais que a velhice, em si mesma, não é a responsável pela pressão sobre os custos. O que onera o sistema é a incapacidade e o mau estado de saúde, com freqüência associados ao avanço da idade. À medida que as pessoas envelhecem, as doenças crônicas se convertem nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo.

No Brasil, de acordo com estudo de Camarano (2004), a taxa de utilização da internação hospitalar, na faixa dos idosos com 80 e mais anos, é três vezes maior que a faixa etária de 55 a 59 anos. Ainda de acordo com a autora, o custo médio mais elevado entre os idosos ocorre na faixa etária de 60 a 69 anos, tornando-se decrescentes com a idade. Isso revela que, pelo menos no que se refere ao Sistema Único de Saúde (SUS), a elevação do custo com atenção médico-hospitalar aos idosos não está relacionada ao aumento do custo dos procedimentos. A elevação de custos estaria relacionada à taxa de utilização. Nesse sentido, as medidas de saúde pública que objetivem melhor atenção ao idoso não precisam, necessariamente, elevar as despesas com saúde, mas sim substituir a quantidade de procedimentos de internação pela qualidade desse serviço, reduzindo assim as taxas de utilização, de forma que o paciente volte menos vezes ao hospital.

Na RMC, no ano de 2008, os idosos, embora representassem 10,29% da população geral, foram responsáveis por cerca de 26% do recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) destinado às internações hospitalares. De acordo com os dados disponíveis no SIH/DATASUS, os idosos constituem o grupo que mais utilizou esse tipo de serviço, tanto pelo número de dias de permanência, quanto pela freqüência maior de internações.

Os dados referentes à hospitalização na RMC, assim como os do Brasil, mostram que o coeficiente de hospitalização (número de hospitalização/número de

habitantes), o índice de hospitalização (número de dias de hospitalização/habitante/ ano) e o índice de custos de hospitalização do SUS (custo de hospitalização/habitante) são mais altos para a faixa de 60 anos ou mais, aumentando na mesma proporção em que avança a idade da população idosa, o que pode ser visualizado na Tabela 16. Todavia, podemos afirmar que o impacto dos problemas crônicos de saúde vai muito além dos gastos normais relacionados às internações, já que o indivíduo portador dessa condição é afetado negativamente em relação à sua situação financeira, decorrente da perda da renda, assim como dos custos do tratamento com itens às vezes não abrangidos pelos sistemas de saúde. Essa tabela demonstra ainda que houve queda nos coeficientes de hospitalização na RMC, no período analisado, para todos os grupos etários. Essa queda pode estar relacionada a inúmeros motivos e, dentre eles, podemos ressaltar: a) a maior atuação dos níveis ambulatoriais da atenção especializada, bem como a existência de outros tipos de equipamentos alternativos (hospitais-dia, casas de apoio, CAPS e residências terapêuticas): b) uma deficiência de leitos/ internações e c) a própria melhoria das condições de vida.

Tabela 16 - Coeficiente de Hospitalização na RMC por Ano e Grupo Etário (0-14, 15-59, 60-69, 70-79 e acima de 80) 1999-2008

Faixa Etária	Coeficientes de hospitalização	
	1999	**2008**
0-14	49,09	40,87
15-59	73,18	53,84
60-69	122,7	90, 765
70-79	202,55	136,54
80 e +	271,86	183,73

Fonte: DATASUS, 2010.

Sabe-se que os idosos utilizam os serviços hospitalares com maior freqüência que os demais grupos etários, implicando em tratamento de duração mais prolongada e de recuperação mais lenta e complicada. As tabelas 17 e 18 demonstram o tempo médio de permanência hospitalar e o índice de hospitalização dos idosos no Brasil e na RMC nos dois períodos analisados. Podemos verificar que, nos dois casos, os indicadores relacionados à internação dos idosos nos hospitais na RMC é menor que a observada no Brasil.

De acordo com Lima-Costa (2000), ao se reduzir o longo período de hospitalização dos idosos, também se reduzem os custos médicos e hospitalares,

não somente por razões administrativas, mas também por questões clínicas, já que a hospitalização longa e desnecessária pode resultar em um declínio da habilidade do idoso em executar atividades da vida diária ou levá-lo a contrair doenças infecciosas. A hospitalização tende a tornar-se desagradável para o idoso, uma vez que ela exige mudanças nos seus hábitos de vida, bem como o distanciamento de familiares, amigos e objetos pessoais.

Na Tabela 17, que apresenta dados relativos ao tempo de permanência hospitalar no Brasil e na RMC, podemos observar um discreto aumento do coeficiente da faixa etária dos 60 anos e mais entre os períodos analisados. Como mostra a Tabela 18, a queda mais acentuada no índice de hospitalização pode ser observada na faixa etária dos idosos que, na RMC, foi da ordem de 20%. Esse fato pode ser devido a uma maior resolutividade das internações realizadas, tanto no que se refere à qualidade do diagnóstico como à qualidade da terapêutica, bem como por pressão para as altas precoces, forçada por uma insuficiência de leitos hospitalares.

Tabela 17 - Tempo Médio de Permanência Hospitalar, em dias, Região Metropolitana de Campinas e Brasil, média trienal 1998-2000 e 2007-2009 e variação percentual no período

Faixa Etária (anos)	Tempo Médio de Permanência Hospitalar (Dias)				Variação do Tempo Médio de Permanência Hospitalar	
	Média 1999		Média 2008		(2008 - 1999)	
	RMC	Brasil	RMC	Brasil	RMC	Brasil
0-14	5,1	5,2	4,9	4,9	-3,90%	-5,80%
15-59	6	5,5	6	5,7	0,70%	3,60%
60 e mais	6,8	7,2	6,9	7,3	2,10%	1,40%

Fonte: SIH/DATASUS, 2010. Elaboração Própria.

Tabela 18 - Índice de Hospitalização, em dias, Região Metropolitana de Campinas e Brasil, 1999-2008 e variação percentual no período

Faixa Etária (anos)	Índice de Hospitalização* (Dias)				Variação do Índice de Hospitalização	
	Média 1999		Média 2008		(2008 - 1999)	
	RMC	Brasil	RMC	Brasil	RMC	Brasil
0-14	0,17	0,25	0,16	0,21	-5,90%	-18,00%
15-59	0,33	0,41	0,28	0,32	-15,20%	-23,20%
60 e mais	0,82	1,17	0,68	0,89	-17,10%	-24,40%

Fonte: SIH/DATASUS, 2010. Elaboração Própria.
* Número de dias de hospitalização consumidos, por habitantes, a cada ano.

Os dados relativos ao custo de hospitalização por habitante/ano, no intervalo analisado, revelam uma elevação dos valores, embora corrigidos, em todos os grupos etários estudados, e indicam a existência de uma elevação ainda maior no custo médio das internações dos idosos. Isso pode ser explicado pela incorporação tecnológica que vem ocorrendo no setor saúde, com o consequente encarecimento em toda a assistência. Com efeito, a saúde na terceira idade não está relacionada somente à ausência de doença, mas sim à capacidade funcional, cuja perda está associada à maior hospitalização e ao aumento da mortalidade. Nesse aspecto, as Tabelas 19 e 20 evidenciam que o custo médio das internações na RMC, no período analisado, sempre foram significativamente mais altos que o custo médio das internações no Brasil, acima de 26%, em 1999, e 20%, em 2008. Por outro lado, o custo habitante/ano no Brasil é maior, possivelmente pelo fato de os índices de hospitalização e a média do tempo de permanência no Brasil também serem maiores que os da RMC. Essas tabelas também evidenciam que o custo médio de internações dos idosos na RMC em 2008, é 19% maior que o custo na mesma região para os menores de 15, e quase 50% para os maiores de 15 e menores de 60 anos. Diversos estudos corroboram essas tendências (CAMARANO, 2004; OPAS, 2003 e VERAS, 2010).

Tabela 19 - Custo médio de internações hospitalares, em R$ Região Metropolitana de Campinas e Brasil, 1999-2008 e variação percentual no período

Faixa Etária (anos)	Custo Médio				Variação no Custo Médio	
	Média 1999 (*)		Média 2008		(2008 - 1999)	
	RMC	Brasil	RMC	Brasil	RMC	Brasil
0-14	R$ 682,88	R$ 488,90	R$ 958,19	R$ 647,78	40,30%	32,50%
15-59	R$ 647,59	R$ 510,90	R$ 765,14	R$ 669,00	18,20%	30,90%
60 e mais	R$ 890,86	R$ 703,20	R$ 1.140,17	R$ 948,43	28,00%	34,90%

Fonte: SIH/DATASUS, 2010. (*) Valores atualizados pelo INPC (item saúde e cuidados pessoais). A variação no período (dezembro de 1999 até dezembro de 2008) ficou em 88,10%.

Tabela 20 - Índice de Custo de internações hospitalares, em R$ Região Metropolitana de Campinas e Brasil, 1999-2008 e variação percentual no período

Faixa Etária (anos)	Índice de Custo*				Variação no Índice de Custo	
	Média 1999(**)		Média 2008		(2008 - 1999)	
	RMC	Brasil	RMC	Brasil	RMC	Brasil
0-14	R$ 22,52	R$ 23,99	R$ 31,42	R$ 27,09	39,50%	12,90%
15-59	R$ 35,61	R$ 37,86	R$ 35,58	R$ 36,96	-0,10%	-2,40%
60 e mais	R$ 107,78	R$ 114,52	R$ 112,07	R$ 114,85	4,00%	0,30%

Fonte: SIH/DATASUS, 2010. (*) Custo de internação por habitante/ano.(**) Valores atualizados pelo INPC (item saúde e cuidados pessoais). A variação no período (dezembro de 1999 até dezembro de 2008) ficou em 88,10%.

Após o exame dos indicadores de hospitalização, que revelam uma tendência de queda nos coeficientes, índices de hospitalização e do tempo de permanência, bem como um aumento nos custos relacionados à hospitalização, apresentamos a seguir a análise comparativa da morbidade hospitalar dos idosos na RMC nos anos de 1999 e 2008.

Os estudos atuais sobre a morbidade trazem parâmetros mais confiáveis para caracterizar o perfil de saúde da população idosa no Brasil, superando as limitações que a análise da mortalidade isoladamente proporciona, uma vez que tais estudos incorporam em sua análise as incapacidades decorrentes das condições de saúde desse segmento populacional, refletindo de modo mais adequado o impacto da doença sobre as famílias, o sistema de saúde e a qualidade de vida dos idosos.

Estudos populacionais realizados no país têm demonstrado que, no mínimo, 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e cerca de 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades (RAMOS, 1993; CEI-RS, 1997). A presença de uma ou mais enfermidades crônicas, no entanto, não significa que o idoso não possa conservar sua autonomia e realizar suas atividades de maneira independente. Os mesmos estudos citados acima revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições ou limpar a casa, e que 10% requerem ajuda para realizar tarefas primárias, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, até, sentar-se e levantar-se de cadeiras e camas (RAMOS, 1993).

Em nossa análise da morbidade hospitalar dos idosos residentes na RMC, consideramos as diferenças nos padrões entre os três grupos etários dos idosos examinados: os subgrupos de 60-69, de 70-79 e de 80 anos e mais. Optamos por apresentar os nove grupos de causas mais frequentes das internações para essess idosos, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) na rede hospitalar do SUS na RMC em 1999 e em 2008, utilizando sempre as médias trienais, sistematizados nas tabelas que seguem.

Tabela 21 - Morbidade Hospitalar nos idosos de 60 a 69 anos residentes na RMC, por grupo de causas da CID 10 1999-2008

CAPÍTULOS DA CID 10		% Masc.		% Fem.	
		1999	2008	1999	2008
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,73	4,65	2,28	4,01
II.	Neoplasias (tumores)	7,71	11,04	9,21	13,03
III.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,89	2,10	5,58	2,64
IV.	Transtornos mentais e comportamentais	6,19	2,20	5,00	1,67
IX.	Doenças do aparelho circulatório	25,57	26,40	23,63	23,35
X.	Doenças do aparelho respiratório	12,84	10,27	12,31	8,78
XI.	Doenças do aparelho digestivo	13,37	15,41	11,64	12,85
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	7,61	6,71	9,98	11,01
XVIII.	Sint. sinais e achad anorm ex clín e laborat	3,62	3,23	3,48	2,98
XIX. externas	Lesões enven e alg out conseq causas	6,28	7,07	5,12	6,72

Fonte: SIH/DATASUS, 2010.

As primeiras doenças que se destacaram, nos dois períodos analisados, com maior número de casos nos grupos etários estudados foram as do aparelho circulatório, resultado compatível com a literatura existente sobre o assunto. Para o grupo etário dos idosos mais jovens, no ano de 2008, o panorama não se modificou em comparação com o ano de 1999, pois as internações para as doenças do aparelho circulatório já ocupavam a liderança e se mantiveram na frente das demais morbidades ao longo desse período. Todavia, em 2008 houve um aumento de 0,80% nesses percentuais para o sexo masculino, e uma discreta redução de 0,28% para o sexo feminino. Essa redução não é significativa, e sugere a necessidade de se estimular mais o investimento, e de forma mais intensiva, em programas preventivos e informativos nessa área.

O segundo grupo de doenças encontrado em maior número nas internações, no ano de 2008, para o sexo feminino foram as neoplasias (13,03%). Para os homens, esse é o terceiro grupo de causa de internações em 2008 (11,4%),com um aumento de 3,3% sobre a taxa observada em 1999. Esse quadro merece destaque, tendo em vista que as neoplasias nas mulheres saíram de uma classificação de 5º lugar, em 1999, para o 2º lugar na classificação geral em 2008. Isto demonstra serem as neoplasias uma questão de grande importância para a saúde pública, e sinaliza ainda a necessidade de uma atenção especial por parte do governo e da sociedade, concentrando esforços na melhoria dos serviços de saúde, a fim de qualificar as ações voltadas ao enfrentamento dos tipos de neoplasia mais prevalentes. Nesse sentido, capacitar o profissional de saúde para estar atento à

detectação desse mal da forma mais precoce possível, bem como reforçar os incentivos e as condições para as práticas de promoção e prevenção em saúde afiguram-se como medidas imprescindíveis a serem implementadas.

Para os homens, a segunda maior causa de internações foram as doenças do aparelho digestivo (15,41%), com aumento de quase 2 pontos percentuais frente ao ano de 1998. Essa também foi a terceira causa mais importante para as internações do sexo feminino no ano de 2008 (12,85%). A elevação desses índices pode estar ligada ao aumento de doenças relacionadas ao consumo em demasia de algumas medicações, como os antiinflamatórios, por exemplo, que em geral afetam o trato digestivo. Problemas de má alimentação também são uma característica dos grandes centros urbanos, em que a falta de tempo e a cultura vigente levam ao consumo exagerado de alimentos inadequados. Para os homens, as doenças do aparelho respiratório foram a quarta causa mais prevalente das internações em 2008, e para as mulheres, a quinta causa. As doenças do aparelho respiratório são aquelas que afetam os órgãos do sistema respiratório e, geralmente, têm suas origens no tabagismo, poluição, alergias e doenças que comprometem o sistema imunológico. A pneumonia e as doenças crônicas das vias aéreas inferiores se destacam como as principais doenças do aparelho respiratório. Para ambos os sexos, em 1999, esse era o terceiro maior grupo de causas de internações entre os idosos de 60 a 69 anos. Destacamos aqui a importante queda de 2,5% observada para esse grupo de causas nos homens e de 4% nas mulheres. Essa redução pode estar associada ao programa de vacinação dos idosos (*influenza*) e também à prática de estimular a redução da internação, concorrendo para diminuir os efeitos da infecção hospitalar e da iatrogenia[27]·, pois, uma vez acamados, os idosos ficam predispostos aos acometimentos pulmonares (GÓIS e VERAS, 2010).

Em quarto lugar para as mulheres aparecem às doenças geniturinárias: em 2008 (11,01%) tiveram um pequeno aumento de cerca de 1% no percentual do ano de 1998 (9,98%). Por sua vez, para os homens, as doenças geniturinárias estão no sexto lugar, e apresentaram queda de 1% da taxa de internação no período

[27] Segundo Lefreve et al (1992) a iatrogenia pode ser definida como um evento ou doença não-intencional causada por uma intervenção, justificada ou não, por parte da equipe multiprofissional de saúde, que resulte em dano à saúde do paciente. A iatrogenia também pode ser decorrente da omissão direta de uma intervenção bem estabelecida esperada ou de um procedimento de monitoramento. Segundo os autores, a proliferação de drogas e procedimentos diagnósticos e de monitoramento levam a um aumento na incidência de iatrogenia, especialmente entre idosos, que acabam sofrendo um maior impacto.

analisado. Essas doenças podem estar relacionadas à fragilidade dos idosos e também à iatrogenia, em que o idoso, já fragilizado por uma doença principal, estaria propenso às infecções de maneira geral, e em particular às do aparelho geniturinário, que estão intimamente ligadas à infecção hospitalar.

As lesões por envenenamento e causas externas ocuparam, em 2008, para os homens a quinta colocação e a sexta para as mulheres. Verificamos que, em ambos os sexos, houve aumento nessas taxas entre os anos analisados, aproximadamente de 1% para os homens e mais de 1,5% para as mulheres. Além disso, para ambos os sexos houve uma ascensão desses percentuais, aumentando a representatividade das causas de internações desse grupo.

Os acidentes entre pessoas idosas são eventos muito importantes devido à maior vulnerabilidade dessa parcela da população, resultando em comprometimentos de gravidade significativa. Além disso, o impacto econômico dos acidentes em idosos é grande, pois, de acordo com estudo realizado por Mathias et al (2006), quase um terço de todas as despesas relacionadas a esses acidentes é atribuído à população idosa. As quedas nos idosos é um dos fatores de maior destaque para essa morbidade. Os dados do DATASUS revelam que a proporção das quedas entre os idosos de ambos os sexos, nesse grupo de causas, é de 55,18% em 2008 e 58,32% em 1999.

A fratura de fêmur é um grave problema de saúde pública entre os idosos. Segundo o MS, a queda pode ser considerada evento-sentinela na saúde da pessoa idosa, e suas principais causas estão relacionadas a fatores intrínsecos, tais como, a redução da visão, da audição, do equilíbrio, da força muscular; o uso de medicamentos; as doenças cardiovasculares; a demência, etc. Os fatores externos relativos ao meio ambiente também são importantes, mas concorrem em menor grau.

Uma das principais conseqüências de queda em pessoas idosas é a fratura do fêmur, e o enfrentamento desse desafio envolve ações de prevenção de quedas e de osteoporose em mulheres. Ao considerar a atenção a saúde do idoso como uma das prioridades no país, o Pacto de Gestão elegeu como um dos indicadores de análise prioritários, a taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur, que veremos mais adiante.

Em sétimo lugar, temos as doenças infecciosas e parasitárias, para ambos os sexos registrando nos dois casos aumentos significativos entre 1999 e 2008,

quase dobrando os índices observados inicialmente para essa faixa etária. Importa destacar aqui que, no ano de 1999, as doenças infecto-contagiosas eram apenas a décima causa de internação. Fica evidente que, mesmo com a transição epidemiológica, essa questão é ainda um grande desafio para o país. Vale ressaltar, também, que os aumentos dos problemas podem estar ligados as doenças emergentes como dengue, bem como o aumento nos casos de AIDS entre os idosos. Segundo dados do Ministério da Saúde, a incidência de AIDS entre os idosos (60 e mais) aumentou 26% entre os anos de 1999 e 2008.

Parece-nos merecer destaque, também, a queda dos índices de internação do grupo denominado sintomas, sinais e achados anormais e exames clínicos e laboratoriais. Essa situação é reflexo da qualidade dos dados registrados nas AIH, a qual sinaliza para a disponibilidade de infra-estrutura assistencial e recursos para o diagnóstico das doenças, bem como para a capacitação profissional para o preenchimento da documentação de registro.

As doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, apesar de não aparecerem entre as primeiras, merecem ser comentadas porque, embora ocupem o 10º lugar para os homens e 9º lugar para as mulheres em 2008, seu percentual teve uma redução de 1,70% para os homens, e 2,94% para as mulheres. Em 1999, a posição na classificação geral para esse grupo era de sexto lugar para as mulheres e oitavo lugar para os homens.

De forma mais abrangente, ao compararmos o comportamento dos índices de morbidade hospitalar dos anos de 1999 e 2008 para homens e mulheres na faixa etária de 60 a 69 anos em relação à evolução do tempo, foi possível verificar que: a) houve um padrão de comportamento praticamente inalterado nas doenças do aparelho circulatório, comportamento decrescente nas doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; b) houve um padrão de comportamento crescente nas doenças do aparelho digestivo, nas neoplasias, nas lesões e envenenamentos e nas doenças infecciosas e parasitárias.

O padrão da morbidade hospitalar no subgrupo de 70 a 79 anos guarda semelhanças com o perfil do subgrupo de 60 a 69 anos, conforme mostram os dados da Tabela 22.

Tabela 22 - Morbidade Hospitalar nos idosos de 70 a 79 anos residentes na RMC, por grupo de causas da CID 10 1999-2008

CAPÍTULOS DA CID 10		% Masc.		% Fem.	
		1999	2008	1999	2008
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,41	5,17	2,47	5,21
II.	Neoplasias (tumores)	6,60	10,38	6,76	9,41
III.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4,25	2,21	5,90	2,80
IX.	Doenças do aparelho circulatório	26,74	26,22	27,79	26,94
X.	Doenças do aparelho respiratório	19,24	16,69	15,21	12,66
XI.	Doenças do aparelho digestivo	10,95	12,15	10,41	11,30
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	9,05	7,90	7,31	8,75
XVIII.	Sint. sinais e achad anorm ex clín e laborat.	3,91	3,46	3,25	2,93
XIX. externas	Lesões enven e alg out conseq. causas	5,48	5,54	6,55	7,85

Fonte: SIH/DATASUS, 2010.

Também nessa faixa etária, a primeira causa observada nas morbidades hospitalares em 2008 são as doenças do aparelho circulatório, tanto para mulheres (26,22%) como para homens (26,94%). Esse panorama praticamente não se modificou em comparação com o ano de 1998 (26,94% para homens e 27,79% para mulheres), pois tais causas já ocupavam a liderança e se mantiveram na frente das demais morbidades ao longo desse período. Os percentuais nessa faixa etária são ainda maiores que na faixa etária dos idosos mais jovens, evidenciando a necessidade, de forma mais intensiva, de ações de promoção e programas de preventivos para evitar a agudização das condições crônicas que possam estar relacionadas a essas doenças.

O segundo grupo de doenças com maior número de internações no ano de 2008, para os homens (16,69%) e mulheres (12,66%) foram as do aparelho respiratório, que diminuíram quase 3% para ambos os sexos em comparação com 1998, queda mais significativa do que a observada na faixa etária dos idosos mais jovens. Essa redução como já dito, pode estar associada ao programa de vacinação dos idosos e também à prática de estimular a redução das internações, o que diminui os efeitos da infecção hospitalar, considerando a predisposição de acometimento pulmonar em idosos acamados.

O terceiro maior grupo de causas de internação observadas em 2008 (12,15% para os homens e 11, 30% para as mulheres) foram as das doenças do aparelho digestivo, que aumentaram em comparação com 1998. Os problemas relacionados ao consumo excessivo de medicamentos frente ao tratamento das co-morbidades e os hábitos alimentares inadequados podem justificar esses dados.

O grupo das neoplasias, quarto grupo de causas mais presente nas internações, merece especial atenção, pois saiu de uma classificação de 5º lugar, em 1999, para o 4º lugar em 2008 (10,38% para os homens e 9,41% para as mulheres), com um aumento do percentual observado de quase 4% para os homens e cerca de 3% para as mulheres. Podemos pressupor que esse resultado é compatível com o aumento observado das neoplasias do sexo masculino em relação às do sexo feminino em 2008, o que pode ser atribuído ao aumento de neoplasias em próstata nos últimos anos.

Em quinto lugar, aparecem as doenças geniturinárias que, em 2008 apresentavam 7,90% para os homens e 8,75% para as mulheres do total de internações observadas nessa faixa etária. Houve queda no percentual das internações observadas para o sexo masculino de 1%, e um acréscimo de 1,43% para as mulheres,ao compararmos com os índices de 1999.Houve queda na classificação geral das internações por esse grupo de doenças em 2008 considerando que em 1999 elas ocupavam o quarto lugar. Acreditamos que essa queda se deu devido ao aumento das neoplasias, que deslocaram as doenças geniturinárias para o quinto lugar. De qualquer modo,esse resultado mostra a necessidade de revisão de campanhas e programas nessa área.Lembramos mais uma vez que os idosos são mais propensos às infecções de maneira geral,e em particular às do aparelho geniturinário,que estão intimamente relacionadas à infecção hospitalar.

Em sexto lugar, encontramos o grupo das doenças infecciosas e parasitárias, que em 2008 registraram significativos percentuais de aumento, mais que dobrando o peso das internações para ambos os sexos, subindo na classificação geral, já que em 1999 esse grupo ocupava o nono lugar na classificação para os homens e apenas o décimo lugar para as mulheres. Isto se explica especialmente pelo aumento observado dos casos de AIDS e de dengue nesse período, o que elevou as doenças infecciosas e parasitárias para o quinto lugar.Esse resultado indica a necessidade de maiores investimentos, bem como de uma avaliação da eficácia das campanhas e programas nessa área para os idosos. Fica evidente que, no Brasil, mesmo com a transição epidemiológica, as doenças infecto-contagiosas ainda representam grave problema de saúde, e vem se caracterizando por uma tendência de aumento de sua prevalência entre os idosos. Ressaltamos a necessidade de medidas mais vigorosas e campanhas maciças para

interromper a tendência de aumento de internações nesse grupo etário para esse grupo de doenças.

No sétimo lugar, aparecem as lesões e envenenamentos que, em 2008, (5%) se mantiveram para os homens praticamente com os mesmos índices observados em 1999. Já para as mulheres, em comparação com 1999 (6,55%), houve um aumento de mais de 1% em 2008 (7,85%), mantendo, todavia para ambos os sexos a mesma classificação geral em 2008.

O peso das internações por causas mal definidas, assim como nos grupos etário dos idosos mais jovens, diminuiu ainda mais em 2008, sugerindo no caso das internações hospitalares, uma provável qualificação no processo assistencial, com diagnósticos mais precisos e uma maior qualidade dos registros das internações.

De forma mais abrangente, ao compararmos a morbidade hospitalar para os idosos de 70 a 79 anos entre 1999 e 2008 em relação à evolução do tempo, verificamos que: a) houve um padrão de comportamento decrescente nas doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório; b) houve um padrão de comportamento crescente nas doenças do aparelho digestivo, nas neoplasias e nas lesões e envenenamentos e nas doenças infecciosas e parasitárias c) houve um padrão de comportamento praticamente inalterado nas doenças geniturinárias.

O padrão da morbidade hospitalar no subgrupo de 80 anos e mais apresenta diferenças mais acentuadas em relação aos padrões dos subgrupos analisados acima, conforme mostram os dados da Tabela 23.

Tabela 23 - Morbidade Hospitalar nos idosos de 80 anos e mais residentes na RMC, por grupo de causas da CID 10 1999-2008

CAPÍTULOS DA CID 10		% Masc.		% Fem.	
		1999	2008	1999	2008
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,50	6,54	3,18	6,64
II.	Neoplasias (tumores)	4,48	7,60	3,84	6,38
III.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5,42	2,51	6,87	3,18
IX.	Doenças do aparelho circulatório	24,22	21,81	25,11	23,56
X.	Doenças do aparelho respiratório	25,63	23,54	21,58	20,04
XI.	Doenças do aparelho digestivo	9,27	9,14	9,50	8,53
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	8,31	9,93	5,76	8,26
XVIII.	Sint. sinais e acha clín.orm ex clín. e laborat.	4,32	3,87	3,41	3,40
XIX.	Lesões enven e alg out conseq causas externas	6,49	6,12	9,52	9,91

Fonte: SIH/DATASUS 2010.

Nesse grupo de idosos, poderemos observar maiores diferenças na classificação geral entre a população masculina e feminina. Diferentemente dos

outros grupos de idosos do sexo masculino e feminino, as doenças do aparelho circulatório não são a primeira causa de internações observadas em 2008 nos homens de 80 anos ou mais.

Para esses idosos do sexo masculino, o primeiro grupo com maior número de internações observadas em 2008(23,54%) foi o de doenças do aparelho respiratório, que todavia apresentou uma pequena diminuição no percentual passando de 25,63% (1999) para 23,54(2008). Quanto às doenças do aparelho circulatório, esse grupo apresentou uma queda de 2%, passando de 24,22% (1999) para 21,81% (2008) das internações ocorridas. Observamos, entretanto, que para as mulheres, a primeira causa de internações em 2008 (23,56%) e em 1999(25,11%) foram as doenças do aparelho circulatório. Constatamos ainda que, no período analisado,ocorreu uma tendência de queda nos percentuais de internação por essas doenças.

O segundo grupo com maior peso relativo nas causas de internações para as mulheres, no ano de 2008, foram as doenças do aparelho respiratório. Observou-se no período do estudo que os percentuais das internações por essas doenças diminuíram cerca de 1,5%.

Quanto ao terceiro grupo de causas com mais internações observadas, verificamos uma acentuada diferença entre os sexos. Para os homens, o terceiro grupo em 2008 (9,93%) foram o das doenças relacionadas ao aparelho geniturinário. Para as mulheres, a terceira maior causa são as doenças do grupo das causas externas, que apresentam tendência de crescimento para os idosos acima de 80 anos. Para esse grupo, os índices são quase 50% maiores em 2008 do que os observados em igual período para os idosos na faixa de 60 a 69 anos. Dentre as causas externas, uma das principais conseqüências de queda em pessoas idosas é a fratura de fêmur, principalmente nas mulheres, mais vulneráveis às fraturas devido à osteoporose.

Para se ter uma idéia da dimensão do impacto dessas fraturas para os idosos, dados apontados por Perracini (2009) mostram que cerca de 90% das fraturas de quadril e fêmur são causadas por quedas. Segundo o autor, cerca de metade dos idosos hospitalizados por fratura de quadril e de fêmur não recupera a mobilidade prévia existente. As quedas estão bastante associadas com o próprio aumento da fragilidade dos idosos que só se intensifica à medida que envelhecem. A queda é considerada evento-sentinela na saúde da pessoa idosa, e suas causas

principais estão relacionadas a fatores intrínsecos, como já mencionado acima, e demandam ações de prevenção dos sistemas de saúde, tanto as voltadas para a prevenção de quedas, quanto a prevenção de osteoporose em mulheres. Para os idosos do sexo masculino, por sua vez, esse grupo de causas, em 2008, representava apenas a 7ª causa com maior peso relativo entre as causas de internação, mostrando inclusive queda no indicador de 0,30%, ao compararmos com 1999. No geral, ao analisarmos esse indicador nos anos de 1999 e 2008, observamos uma queda nas taxas nesse período. A Tabela 24 mostra as taxas de internações hospitalares por fratura de fêmur na população com 60 anos ou mais de idade, pagas pelo SUS na RMC e no estado de SP, no intervalo em estudo, e demonstra a queda no percentual da taxa de internação por essa causa em ambos os casos. Essa taxa é considerada um dos principais indicadores priorizados pelo Pacto para os anos de 2010 e 2011 e a meta para redução, estabelecida e pactuada pelas três esferas, no Pacto pela Vida, no âmbito da atenção a saúde dos idosos, envolve ações de prevenção de quedas e da osteoporose

Tabela 24 - Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur na RMC em 1999 e 2008

MUNICIPIO	Percentual de Internação por Frat. Fêmur na Pop Maior 60 anos 1999	Percentual de Internação por Frat. Fêmur na Pop Maior 60 anos 2008
RMC	22,30	20,81
São Paulo	24,44	22,96

Fonte: DATASUS, 2010.

Os idosos homens apresentaram como terceira causa mais significativa as doenças do aparelho geniturinário, com 9,93% em 2008, revelando um aumento em relação aos percentuais observados em 1999 (8,31%). Para ambos os sexos, em quarto lugar aparecem às doenças do aparelho digestivo.Quanto às doenças do aparelho geniturinário, apesar de serem a quinta causa mais importante para as mulheres em 2008 (8,26%), apresentaram um aumento significativo no período do estudo , já que em 1999 esse percentual era de 5,76%.

A quinta doença mais importante para os homens são as neoplasias: já para as mulheres, as neoplasias representam a sexta causa de internação mais predominante nessa faixa etária. Houve também aqui um significativo aumento para ambos os sexos, frente ao ano de 1999. Os índices maiores das neoplasias para o

sexo masculino em relação às do sexo feminino em 2008, podem ser atribuídos ao aumento de neoplasias em próstata nos últimos anos. Sabemos que, quanto mais avançada é a idade, maior é o fator de risco para as neoplasias e, no caso do câncer de próstata, a idade adquire maior importância tendo em vista o crescimento lento desse tipo de tumor.

Em sexto lugar, aparecem as doenças infecciosas e parasitárias que, em 2008, registraram significativos percentuais de aumento, mais que dobrando os percentuais das internações para ambos os sexos, o que afetou significativamente sua posição na classificação geral em 2008, já que em 1999 essas internações ocupavam o nono lugar. Isto se explica em virtude, especialmente, do aumento dos casos de AIDS e de dengue nesse período, as quais contribuíram para que as doenças infecciosas e parasitárias ocupassem o sexto lugar.

Os percentuais de internação por causas mal definidas, assim como nos subgrupos etário dos idosos mais jovens caiu ainda mais em 2008.

Em último lugar, apresentando uma queda considerável no peso relativo, estão as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, que representavam a sexta e a quinta causas de internações mais importantes para os homens e mulheres respectivamente, em 1999.

Com base na análise desses dados apresentada, podemos concluir que, na RMC, a morbidade hospitalar em idosos de 80 anos e mais mantém o predomínio das doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório. Além dessas causas, ganham também relevo as causas externas e as doenças do aparelho digestivo. Destacamos, ainda, em especial, o aumento acentuado das neoplasias e das doenças infecciosas e parasitárias.

Esse quadro mostra que se torna necessária a adoção de medidas que visem a diminuir as morbidades hospitalares prevalentes, com claro domínio do cuidado das condições crônicas para melhorar a saúde dos idosos e, conseqüentemente, para se limitar o recurso à hospitalização. Os dados até aqui analisados evidenciam o envelhecimento populacional na RMC e sinalizam para o impacto desse fenômeno no setor Saúde, principalmente no sistema hospitalar. Isso exige que os gestores de saúde estejam atentos para este fato, que representa um grande desafio para o sistema de saúde: responder adequadamente às necessidades de saúde dessa população.

Essa questão será discutida no capítulo a seguir.

CAPÍTULO 4

A transição da saúde: uma análise da atenção à saúde do idoso na RMC

A partir do exame dos aspectos demográficos do envelhecimento e da verificação das tendências das principais causas de morte e internações hospitalares dos idosos, buscamos neste capítulo compreender como o processo de atenção à saúde da população idosa na RMC vem se desenvolvendo frente às necessidades existentes observadas. Nesta análise, apoiamo-nos na concepção de redes integradas de atenção à saúde como forma de organização do sistema.

4.1. O desenvolvimento da Atenção à Saúde do Idoso na RMC

A atenção à saúde pode ser entendida como um conjunto de práticas, individuais ou coletivas, de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, que respeitam as fases do processo saúde-doença (QualiSUS-rede, 2007). Como se sabe, as sociedades organizam suas práticas de atenção à saúde em sistemas, que podem assumir diferentes configurações. No caso brasileiro, o SUS, além de seus princípios norteadores, propõe as seguintes diretrizes: hierarquização, descentralização, regionalização e controle social. Todavia, desde sua criação, o SUS vem sendo organizado como um sistema piramidal, hierarquizado por níveis de atenção – primária, secundária e terciária – que refletem os diferentes graus de densidade tecnológica (baixa, média e alta complexidades) incorporada aos procedimentos de cada nível do sistema. Esse modelo de organização vem contribuindo para uma fragmentação acentuada do sistema, a qual se evidencia na forma reativa de ação dos serviços de saúde, acionados somente pela demanda das pessoas usuárias, bem como na ênfase dada às intervenções curativas e reabilitadoras sobre as doenças, sem que a prática de estratificação de riscos e as condições de saúde da população norteiem a organização do sistema.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção a saúde reflete, portanto o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas, nos países desenvolvidos de forma mais contundente e nos países em desenvolvimento pela situação de tripla cargas de doenças (Frenk, 2006), e um sistema de atenção à saúde voltado para responder as condições agudas e aos eventos agudos. Essa forma de organização não está dando certo nos países

desenvolvidos, tampouco nos países em desenvolvimento e também não vem dando certo no SUS da RMC, já que quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona. Ocorre ainda que esse paradigma do tratamento agudo é dominante, preponderando em meio aos tomadores de decisão, trabalhadores da saúde, administradores e pacientes (OMS, 2003). De acordo com o que nos ensina Mendes (2008), esta crise dos sistemas explica-se por fatores históricos, culturais e técnicos e os fatores contextuais que são externos ao sistema de atenção à saúde, mudam em ritmo mais rápido que os fatores internos que estão sob a governabilidade setorial. Entendemos que isso faz com que os sistemas de atenção à saúde não tenham a capacidade de se adaptarem, em tempo, as mudanças contextuais, especialmente as demográficas e epidemiológicas. De acordo com Bengoa 2008, é nisso que reside a crise universal dos sistemas de saúde que foram concebidos numa presunção de continuidade de uma atuação voltada para as condições e eventos agudos e desconsiderado a epidemia contemporânea das condições crônicas

Atualmente, está em curso a revisão dessa concepção que vem caracterizando a organização dos sistemas de saúde, na perspectiva de construção de sistemas integrados de serviços de saúde, por meio da adoção do conceito de redes de atenção. Segundo Mendes (2008).

> "*As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, por custo certo, com a qualidade certa de forma humanizada – e com responsabilidades sanitária e econômica por essa população".* (p. 140)

O conceito de redes de atenção afigura-se, na atualidade, como um potente indutor da organização ou reorganização de sistemas locais e regionais de saúde, com vistas a uma atuação solidária entre as unidades do sistema, de modo a garantir o acesso e o atendimento integral à saúde dos usuários (NEPP/UNICAMP/2008).

É com base na concepção de redes de atenção que buscamos verificar aqui como estão equacionadas, no sistema público de saúde da RMC, as respostas desse sistema às necessidades de saúde dos idosos. Desenvolvemos esta análise, a partir dos três elementos integrantes das redes de atenção destacados por

Mendes (2008): a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

Nos sistemas integrados de atenção, a população se caracteriza como a razão de ser das redes, devendo ser adscrita. A atenção à saúde baseada na população é o componente-chave para que um sistema desenvolva a habilidade de estabelecer as necessidades e as respostas em saúde, de acordo com o perfil demográfico e epidemiológico existente no território. O profundo conhecimento da população usuária de um sistema de atenção a saúde é o elemento básico que torna possível romper com a atenção baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a atenção baseada nas necessidades populacionais. Nessa perspectiva, a população, objeto de responsabilidades de um sistema de saúde integrado, vive em território demarcado, deve ser conhecida e cadastrada em sistemas de informação, segmentada por classificação de risco e vinculada à unidade de saúde da atenção primária, seja ela do modelo saúde da família ou do modelo tradicional.

Os dados coletados neste estudo parecem sinalizar que a população da região, sobretudo o segmento dos idosos, ainda não se constituiu plenamente como objeto de responsabilidade do sistema regional de saúde. De acordo com os dados relacionados ao cadastramento de idosos no PSF na RMC (Tabela 25) podemos ver que, em 1999, o cadastramento pela atenção primária[28] dos moradores adscritos aos dezenove municípios da RMC era quase inexistente. Os percentuais aumentam consideravelmente no intervalo de 10 anos, mas alcançam apenas pouco mais de um terço da população que vive no território. Esse dado indica o desconhecimento, pelos serviços de saúde, de boa parte da realidade populacional da região pelos gestores, e demonstra uma característica típica dos sistemas fragmentados e voltados ao atendimento das condições aguda: a postura reativa e a ausência de pró-atividade desses serviços. Além disso, não encontramos evidências de que essa parcela cadastrada foi classificada por risco.

[28] Neste trabalho, optamos por utilizar o termo "atenção primária" à saúde, em detrimento do mais utilizado nas políticas nacionais, "atenção básica", pela sua correspondência ao termo internacionalmente conhecido *primary health care* (Starfield 2002).

Tabela 25 - Percentual de homens e mulheres acima de 60 anos cadastrados na atenção primária na RMC, nos anos de 1999 e 2008

Ano	Homens	Mulheres
1999	1%	0,8%
2008	33,5%	36,95%

Fonte: SIAB/DATASUS 2010.

Considerando que o segundo elemento constitutivo das redes de atenção é a sua estrutura operacional propriamente dita, composta pela atenção primária, pelos pontos de atenção especializada[29], pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, pelo sistema logístico e, finalmente, pela gestão da rede, apresentamos a seguir a análise desses aspectos na RMC, especialmente os relacionados à atenção ao idoso.

Numa rede de atenção, destaca-se a necessidade do protagonismo da atenção primária, que deverá coordenar os fluxos e contrafluxos dos usuários no sistema. Hoje, no Brasil, há muita dificuldade em transformar a atenção primária na grande articuladora do sistema e, na RMC, como veremos adiante, isso não é diferente. Historicamente, no SUS, persiste uma desvalorização da atenção primária, explicada, entre outros aspectos, pela hegemonia da concepção hospitalocêntrica na organização do sistema, voltado prioritariamente para a atenção às condições agudas e aos eventos agudos das condições crônicas (Brasil, 2009), valorizando sobremaneira as condutas curativas, intimamente relacionadas aos procedimentos baseados na densidade tecnológica existente nos pontos da atenção especializada. Podemos, assim, entender que os sistemas de saúde integrados só serão considerados uma realidade quando a atenção primária for qualificada e ordenadora do cuidado.

Uma extensa revisão bibliográfica foi elaborada por Mendes (2008) sobre o impacto de uma atenção primária forte e coordenadora dos sistemas de saúde. Conclui o autor:

[29] Os pontos de atenção são unidades funcionais, que exigem condições tecnológicas diferenciadas e específicas (estrutura física; equipamentos e insumos; perfil dos profissionais; conhecimento técnico específico) e campo de atuação bem definido, para oferta de um conjunto de ações de saúde. Já os pontos de apoio diagnóstico e terapêutico constituem-se também em unidades funcionais que ofertam procedimentos de apoio, tais como: diagnóstico por imagem, patologia e análises clínicas, métodos gráficos, dispensação de medicamentos, etc..
Os sistemas de gestão do SUS já possuem um conjunto expressivo e consolidado de instâncias, mecanismos e instrumentos de gestão. Destacamos a importância do *Pacto de Gestão,* recentemente instituído no SUS, como um potente instrumento de gestão regional que propõe estruturas e processos de negociação e gestão compartilhada.

> *"Há evidências de que os sistemas de atenção baseados numa forte orientação para a atenção primária à saúde, analisados em relação aos sistemas de baixa orientação para a atenção primária à saúde são mais adequados, pois se organizam a partir da necessidade de saúde da população; mais efetivos porque é a única forma de enfrentar conseqüentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significamente os níveis de saúde da população; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativo porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e de maior qualidade por que colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde."* (p.160)

De acordo com Starfield (2002), estudos realizados internamente em diversos países mostram que áreas com melhor atenção primária têm melhores resultados em saúde, incluindo as taxas de mortalidade geral, as de mortalidade por doença cardíaca e mortalidade infantil, além de melhor detecção precoce de cânceres, tais como o cólon-retal, mama, uterino/cervical e melanoma. A situação oposta, associada a piores resultados, é observada nos sistemas orientados para maior oferta dos serviços especializados. A autora defende ainda que a atenção primária tem de ser o serviço do primeiro contato, devendo ser focado no indivíduo, e continuado ao longo do tempo, a fim de corresponder às necessidades em saúde das pessoas. Dessa forma, a referência para outros níveis de atenção deve se dar somente naqueles casos que extrapolarem sua competência, sendo de responsabilidade da atenção primária a coordenação do cuidado daqueles que utilizarem serviços em outros níveis de atenção.

Na RMC, são inúmeros os desafios para transformar a atenção primária na coordenadora do sistema e gestora do cuidado. Quanto ao modelo de organização na atenção primária, os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) indicam que, atualmente, mais de 75% dos municípios da RMC desenvolvem programas de saúde da família (PSF), cujos processos de trabalho devem orientar-se pela adscrição da população sob sua responsabilidade. Porém, na RMC, a cobertura populacional desse programa era de aproximadamente apenas 27%, em 2008. Há que se salientar, entretanto, que antes do PSF, os municípios da RMC já possuíam uma grande rede de unidades de saúde tradicionais e, portanto, muitos municípios mantiveram os dois sistemas de atenção primária em coexistência, o chamado modelo híbrido (existência de unidades primárias tradicionais ao lado de unidades de saúde da família). Segundo informações obtidas junto aos bancos de

dados do “Projeto de apoio à Regionalização do SUS no Estado de SP” (NEPP/UNICAMP, 2008), apenas 4 municípios da RMC utilizam o modelo de saúde da família exclusivo na região. Podemos assim concluir que esse modelo não conseguiu se firmar como uma opção única, em substituição ao modelo tradicional (postos e /ou centros de saúde) na RMC.

Quanto à cobertura da população pelo PSF, a Tabela 26 mostra a evolução dessa taxa na RMC no período de 2000 (primeiro ano com dados disponíveis no DATASUS) e 2008.

Tabela 26 - População Coberta pelo PSF e Média de Consultas Médicas, Região Metropolitana de Campinas – Período: 2000-2008

Ano	% População Coberta PSF	Média de Consultas Médicas
2000	1,34	1,68
2008	26,54	1,56

Fonte: (SIA/SUS) / DATASUS, 2010. Elaboração Própria.

As informações obtidas no banco de dados do referido projeto mostram que as dificuldades para a implantação do modelo de saúde da família na RMC derivam, fundamentalmente, do perfil do profissional médico disponível na região; das preferências da própria clientela por especialistas; e das exigências do modelo propostos pelo MS, que não favorece adequação à realidade local dos municípios.

Outra limitação da rede primária na RMC detectada em nossa investigação refere-se ao fato de o modelo de atenção estar organizado pelo atendimento a demanda que procura diretamente os serviços de saúde quando apresentam alguma queixa, ou seja, no modelo adotado na região é bastante reduzida a ênfase dada às ações estratégicas voltadas à prevenção e promoção da saúde. Segundo Mendes (2008), os sistemas de atenção à saúde fragmentados, em geral apresentam uma relação desequilibrada entre a atenção não programada e a atenção programada, o que se explica pelo fato de tais sistemas se estruturarem basicamente para o controle das condições e eventos agudos. Apesar de a atenção primária na RMC apresentar ainda número considerável de consultas de urgência, a sua representatividade no total das consultas, que era de 35% em 2000, caiu para um total de 28% de todas as consultas realizadas em 2009, conforme mostra a Tabela 27.

Tabela 27 - Número e tipologia de consultas na atenção primária. RMC 2000 e 2009

ANO	Consultas programadas		Consultas de urgência		Total de Consultas
2000	2.179.836	64,87%	1.180.797	35,13%	3.360.633
2009	2.782.435	71,80%	1.096.414	28,20%	3.878.849

Fonte: MS/SAS/DATASUS, 2000 e 2009.

Por outro lado, quando analisamos os dados sobre a produção e as necessidades de consultas de urgência e emergência em todos os serviços do sistema (Tabela 28), observamos um grande superávit, que já era bastante significativo em 2000 e se tornou ainda maior em 2008. Houve um crescimento absoluto e relativo na realização de consultas de urgência no SUS na RMC, o que indicia a baixa resolutividade[30] do sistema no que se refere ao enfrentamento das condições crônicas, bem como o baixo investimento na organização de ações de promoção e prevenção de casos novos e da agudização dos casos pré existentes.

Tabela 28 - Necessidade e produção de consultas de urgência e emergência na RMC, 2000-2008

Ano	População	Necessidade de consultas urgência	Total de Consultas de Urgência realizadas	Superávit	% de consultas realizadas frente às necessidades
2000	2.332.988	874.870	2.424.105	1.549.235	177%
2008	2.664.808	999.303	2.985.331	1.986.028	199%

Fonte: SEADE, População, 2000 e 2007; MS/SAS/DATASUS. Produção 2000 e 2007; Portaria MS/GM 1.101/2002.

Verificando a razão entre a necessidade e a produção de consultas na atenção primária na RMC (Tabela 29), observamos um déficit de aproximadamente 11% de consultas, em 2009, evidenciando uma tendência de crescimento desse déficit, que em 2000 era de 8%.

[30] Segundo Campos , 1988 a capacidade resolutiva de um serviço ou de um sistema de saúde, supõe dois aspectos: a capacidade de absorver o número de assistência solicitada (capacidade resolutiva quantitativa ou acesso), e a capacidade de resolver os casos atendidos (capacidade resolutiva qualitativa).. Existem vários indicadores propostos para avaliação de resultados, desde medidas de morbidade até medidas de progressão previnível de doenças. A percepção própria do paciente também tem sido considerada uma medida da resolutividade dos serviços

Tabela 29 - Necessidades de consultas e produção na Atenção Primária na RMC

Ano	População	Necessidade de Consultas Primárias	Produção de Consultas Primárias	Superávit/ Déficit	% Produção / Necessidades
2000	2.332.988	3.672.881	3.360.633	-312.248	92%
2009	2.752.991	4.335.960	3.878.849	-457.111	89%

Fonte: SEADE, População, 2000 e 2009; MS/SAS/DATASUS. Produção 2000 e 2009; Portaria MS/GM 1.101/2002. Elaboração própria.

Nesse mesmo sentido e corroborando os dados acima observou-se no âmbito do "Diagnóstico do setor da saúde da RMC" (NEPP/UNICAMP, 2007), que os profissionais médicos que participaram de grupo focal, destacaram em seus depoimentos que:

> *"uma limitação significativa da rede primária na RMC deve-se ao fato de o modelo de atenção estar organizado predominantemente pela atenção à demanda espontânea; o processo de planejamento dos serviços de saúde, pouca ênfase é dada as ações estratégicas voltadas para a prevenção e a promoção da saúde" (pg. 31)*

Pudemos verificar também que os profissionais também acreditam que os problemas de funcionamento nos serviços de atenção primária na RMC, gerados pela dificuldade de contratação e fixação de médicos decorre:

> "*das precárias condições de trabalho predominantes na rede pública, principalmente nas unidades básicas que em grande parte, apresentam inadequação da estrutura física; falta de segurança e ausência de retaguarda técnica" (pg. 82*)

Os depoimentos dos gestores de saúde da RMC referentes às fragilidades da atenção primária na região, colhidos no banco de dados do "Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de SP" (NEPP/UNICAMP, 2008), confirmam tal cenário. Segundo os gestores, vários fatores vêm afetando negativamente o desempenho da atenção primária na RMC. Dentre eles, destacamos:

- *Incipiência da programação de saúde local, que não considera os dados epidemiológicos da população adscrita;*
- *Inexistência de programação em saúde por faixa etária ou patologia de risco,*
- *Ausência e/ou precariedade de protocolos, com pouca aderência dos profissionais a esses instrumentos;*
- *Baixa resolutividade da rede primária, gerando demanda excessiva nos outros níveis de atenção;*

- *Dificuldade no planejamento dos serviços, em função de migrações sazonais e atendimento a usuários de outros municípios,*
- *Insuficiência do número de unidades primárias*
- *Dificuldade de fixação de médicos.*

Num sistema de saúde organizado em rede, os pontos da atenção especializada, seja de caráter ambulatorial ou hospitalar, deveriam ter função distinta daquela observada nos sistemas fragmentados, caracterizada pela atuação de forma isolada, desconcertada em relação aos demais componentes da rede, especialmente sem a coordenação da atenção primária, gerando um excesso de encaminhamento para especialistas e alto consumo de exames.

A atenção especializada ainda é planejada, hoje, no Brasil, em função da oferta de procedimentos, e não está estruturada com base nas necessidades de saúde dimensionadas para a população. O sistema de saúde da RMC, no âmbito da atenção especializada, é constituído pelas 22 principais especialidades médicas existentes, e oferece praticamente todos os procedimentos e exames de média e alta complexidades. Todavia, o acesso a esse nível de atenção é desregulado, ou seja, o ingresso dos usuários nas unidades não se dá por meio de mecanismos e processos efetivos de regulação, e sim por meio de demanda espontânea. Mesmo quando há algum tipo de encaminhamento, tal processo se apóia em decisões sem embasamento nas evidências clínicas ou protocolos técnicos e institucionais (NEPP/UNICAMP, 2008).

Em termos de capacidade instalada da rede hospitalar da RMC em 2008, analisamos dados relativos aos leitos hospitalares, além de algumas características institucionais dessas unidades. Observamos que, das 32 unidades existentes vinculadas ao SUS, cerca de 63% (20) são privadas e a maioria destas (18) são instituições sem fins lucrativos. Em termos de distribuição geográfica, dos 3.903 leitos totais das unidades hospitalares, 52% estão concentrados em Campinas

Ainda no que se refere à capacidade instalada de leitos, observamos como mostra a Tabela 27 que a Região Metropolitana de Campinas possui um volume menor de leitos SUS por mil habitantes, quando a comparamos com o Brasil. Os dados do CNES para a RMC em termos de leitos por mil habitantes mostram que a razão na região é de 1,6 leitos/1.000 habitantes, inferior à do Brasil (2,5 leitos/1.000 hab.) e à do Estado de São Paulo (2,3 leitos/1.000 hab.) Entretanto, em termos de

leitos de hospital-dia e de outras especialidades, a RMC apresenta a proporção de número de leitos/ habitante no SUS acima da média nacional.

Tabela 30 - Número de Leitos Existentes por grandes especialidade e SUS - Brasil, Estado de São Paulo e Região Metropolitana de Campinas - 2008

Especialidade	Total Brasil		Total RMC	
	Existentes	%SUS	Existentes	%SUS
Cirúrgicos	112.258	67,54%	1.318	60,32%
Clínicos	147.010	73,22%	1.261	60,90%
Complementares *	36.479	53,73%	514	52,72%
Obstétrico	62.754	77,55%	644	62,89%
Pediátrico	66.688	82,30%	475	73,68%
Outras Especialidades	68.665	82,47%	535	95,51%
Hospital/DIA	6.598	62,97%	148	67,57%
Total	**500.452**	**73,41%**	**4.895**	**65,37%**

Fonte: CNES/DATASUS, 2008. Elaboração Própria.
(*) Leitos complementares: Unidades de Tratamento Intensivo, Unidades Intermediárias, Unidades de Isolamento.

Tomando como base os dados expostos até agora, podemos afirmar que faltam leitos hospitalares no SUS da Região Metropolitana de Campinas. Porém essa falta não precisa ser propriamente encarada como um problema, se considerarmos que os leitos hospitalares podem estar sendo substituídos por alternativas, em termos de equipamentos de saúde, tais como as residências terapêuticas e os CAPS na saúde mental, hospital-dia, entre outros. Essas alternativas, que visam a reduzir a hospitalização, são muito benéficas, especialmente no caso dos idosos, em função dos problemas econômicos e sociais que o processo de internação hospitalar pode gerar. Além disso, pudemos observar que os leitos existentes vêm sendo utilizados de modo otimizado, tendo em vista a baixa média de permanência, o que tem propiciado a realização de 96% das internações necessárias, quando consideramos 70% da população usuária do SUS regional[31].

[31] Apesar de 45,9% dos idosos residentes na RMC, segundo dados da ANS(2010), possuírem plano de saúde, uma boa parte desses planos não cobrem exames de alta complexidade, bem como as internações de longa permanência. Estima-se que cerca de metade desses usuários de planos de saúde utiliza o SUS ao menos na atenção especializada.

Tabela 31 - Comparação entre necessidade e produção de internações - RMC

Ano	População	Necessidade de internações 100% pop.	Necessidade de internações 70% população	Produção de internações SUS	Déficit/ superávit	% de produção em relação à necessidade de 70% da pop.
2000	2332988	186639	130647	130795	148	101%
2009	2752991	220239	154167	140422	-13745	91%

Fonte: MS / DATASUS, 2007.
Observação: 1) Utilizados os parâmetros da Portaria MS 1.101;

No âmbito da atenção especializada, os Centros de Referência de Atenção à Saúde do Idoso fazem parte, juntamente com os Hospitais Gerais da rede de serviços, de assistência à saúde do idoso, conforme estabelecido na Portaria n.º 702/GM, de 12 de abril de 2002. O Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso é definido como um hospital que dispõe de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para prestar assistência à saúde dos idosos, de forma integral e integrada. Deve dispor, além de internação hospitalar, de ambulatório especializado em saúde do idoso, de Hospital-Dia Geriátrico e de assistência domiciliar de média complexidade. Deve, ainda, constituir-se em referência para a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso.

De acordo com o relatório do Programa de Saúde do Idoso do DRS VII sobre o processo de implantação desses centros na RMC, registramos que:

> *"Quanto à implantação do Centro de Referência para atendimento da pessoa idosa, temos notícia que apenas o Município de Campinas, conta com um já existente, e no Município de Paulínia encontra-se em fase de construção. (pg.3)"*

O Centro de Referência à Saúde do Idoso de Campinas (CRI), inaugurado em abril de 2008, possui equipe composta por médicos geriatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogo, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e nutricionista. Para cada paciente atendido no CRI, há um projeto terapêutico e ao final do tratamento o idoso é referenciado à sua unidade básica de saúde.A unidade dispõe atividades de reabilitação fisioterápica, nutricional e de ressocialização,com o objetivo de resgatar a autonomia e o máximo de independência e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida do idoso.Possui ainda 20 leitos para internação dos idosos.Nos dois anos de atuação,o CRI que é referência apenas para o município de Campinas,atendeu 821 pacientes. (Fonte: http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/, acesso em 7/12/2010). Considerando o universo em

2009, de 294.364 idosos na RMC sendo que 127.907 somente no município de Campinas, o CRI atendeu em 2 anos apenas 0,64% dos idosos residentes no município. A partir dessas informações fica evidente a insuficiência de equipamentos deste tipo na RMC, que se caracteriza como um importante ponto de atenção, na prevenção de complicações na saúde do idoso e na promoção de uma melhor qualidade de vida, com maior autonomia e independência.

Verificamos assim que no âmbito da atenção especializada ao idoso na RMC, há um conjunto de desafios a serem enfrentados. Vale destaque ainda que muitas vezes os pacientes após a consulta com o especialista, ou mesmo após a internação, não mais retornam aos serviços da atenção primária, por vários motivos, dentre eles pelo descrédito dos especialistas nas equipes da atenção primária. É aí que a fragmentação do sistema fica mais evidente, e a responsabilização da atenção primária sobre sua população adscrita acaba por inexistir.

Outro componente da estrutura operacional das redes de atenção pode possibilitar a integração entre os diversos pontos de atenção e permitir a coordenação da atenção primária. Nas palavras de Mendes (2008):

> "*os sistemas logísticos organizam os fluxos e contra fluxos das pessoas, dos produtos e das informações nas redes de atenção à saúde através de sistemas estruturados com base em tecnologias de informação. Há uma percepção crescente de que é necessário investir fortemente em tecnologias de informação para melhorar a qualidade dos serviços de saúde".* (p. 222)

Na coordenação do cuidado, visando à integralidade da atenção, é necessário o contato regular e contínuo com o usuário do sistema. Os sistemas e tecnologias de informação e os registros computadorizados permitem que a equipe cuidadora acesse informações e dados clínicos do paciente de maneira ágil e oportuna, contribuindo para o melhor gerenciamento do cuidado e o monitoramento dos resultados. A disponibilidade de novas tecnologias e de sistemas de informação, tais como prontuário eletrônico, cartão de identificação dos usuários, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde, possibilitam o monitoramento do cuidado, permitindo o acesso a informações relevantes e instantâneas. O registro com entrada única do portador permitiria a identificação do usuário em toda a RMC, vinculando-o à equipe cuidadora, que pode assim registrar múltiplos dados iniciais e subseqüentes sobre as condições de saúde do usuário, permitindo gerar informações do desempenho e dos resultados clínicos.

Nas Tabelas 32 e 33, podemos visualizar o total de municípios da RMC com setores da saúde informatizados. Observamos que esses processos se encontram bastante incipientes, especialmente nas áreas de planejamento, de regulação do acesso e de avaliação e controle dos serviços próprios e contratados e conveniados ao SUS, assim como nas áreas de compras e licitação.

Tabela 32 - Total de municípios da RM Campinas com setores da área de saúde informatizados -2008

	Vigilância Sanitária	Vigilância Epidemiológica	Unidade de avaliação e controle	Central de marcação / regulação	Setor de Faturamento	Informação em Saúde	Planejamento	Compras e licitações	Almoxarifado
TOTAL	14	15	9	12	17	11	6	11	12

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Banco de dados do Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de SP, 2008. Elaboração Própria.

Tabela 33 - Processos de atendimento informatizados por número de municípios. RMC, 2008.

Processos	Número de municípios
Agendamento local	10
Exames e/ou procedimentos realizados	7
Dispensação de medicamentos	8
Encaminhamentos	1
Registro dos diagnósticos	3
Agendamento externo	3

Embora existam acessos a consultas e aos relatórios informatizados disponíveis, conforme mostra a Tabela 34, a quantidade reduzida desses relatórios não favorece a disponibilização de informações para o planejamento. Dos oito municípios da RMC que afirmam possuir sistema informatizado, apenas dois possibilitam a consulta por risco do usuário, o que dificulta muito os processos de planejamento e da adequada oferta de serviços.

Tabela 34 - Consultas e Relatórios informatizados por município. RMC, 2008

Municípios	Por tipo de serviço de saúde	Por processos de atendimento	Por tipo de diagnóstico	Por idade dos usuários	Por sexo dos usuários	Por risco dos usuários
Total	8	6	5	6	6	2

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Banco de dados do Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de SP. Elaboração Própria

Outro componente fundamental da estrutura operacional das redes de atenção é o sistema de governança, constituído de um conjunto de ações e atividades organizadas especificamente para possibilitar tanto a governabilidade da rede de atenção à saúde (incluindo instâncias, processos e instrumentos de gestão), como articular as relações entre os diversos pontos de atenção e coordenar o processo de planejamento e monitoramento do sistema, concertando as diversas instâncias gerenciais e garantindo o funcionamento harmônico da rede. Fazem parte da gestão da rede integrada: a gestão do trabalho; a gestão da informação; o financiamento; os processos de planejamento e de monitoramento constante e a regulação do sistema.

Quanto à gestão das relações de trabalho, podemos afirmar que, no setor saúde, assume caráter de extrema relevância, considerando que os recursos humanos em saúde são os protagonistas do desenvolvimento e qualificação dos sistemas de saúde. Nesse aspecto, as questões relacionadas à força de trabalho em saúde aparecem como uma das grandes fragilidades no processo de consolidação do SUS, seja pela insuficiência de profissionais, seja pela qualificação inadequada deles. Pelo fato de o grupo etário dos idosos ter crescido muito em anos recentes, existe uma enorme carência de profissionais treinados, com formação específica e cursos reconhecidos pela qualidade acadêmica (CARBONI & REPPETTO, 2007). Assim sendo é preciso identificar e prover um número apropriado de pessoal qualificado para atender às reais necessidades dos idosos em todas as suas dimensões. Na RMC, podemos observar a existência de um conjunto de dificuldades com a gestão de pessoal, evidenciadas nas dificuldades de contratação e fixação de profissionais. A Tabela 35 mostra que somente 5 dos 19 municípios informaram não possuir problemas com contratação e fixação de médicos. Para a maior parte dos municípios os baixos salários e a ausência de PCCS são encarados como as maiores dificuldades encontradas. Do ponto de vista da gestão das relações de trabalho, consideramos os Planos de Cargos, Carreiras e Salários como importante

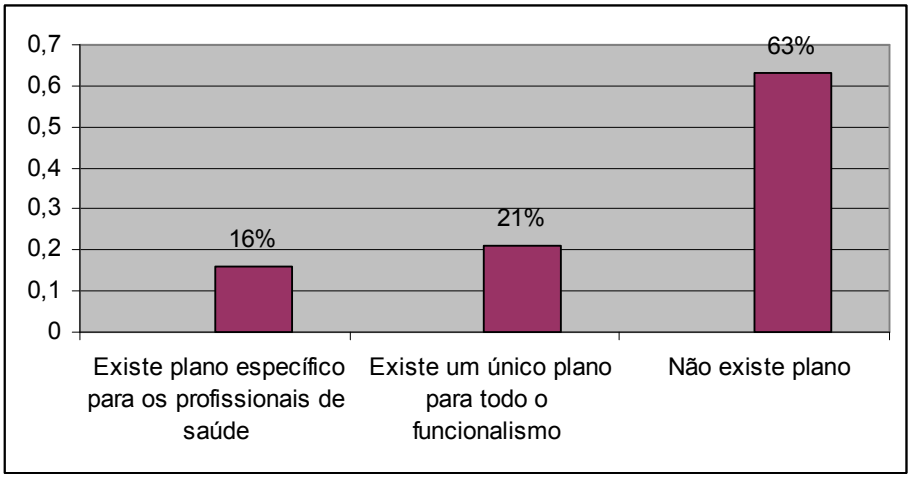
instrumento motivador no âmbito das políticas de recursos humanos, e configura-se também como uma diretriz do Ministério da Saúde. Entretanto, a existência desses planos com carreiras para os profissionais de saúde está longe de ser uma realidade na RMC (Gráfico 5).

Tabela 35 - Principais dificuldades encontradas para a contratação e fixação de médicos, por município. RMC, 2008

Municípios	Nenhuma	Baixos salários	Ambiência inadequada	Ausência ou inadequação de PCCS	Baixa participação dos profissionais nos processos decisórios	Retaguarda técnica insuficiente
Americana		x		x		
Artur Nogueira		x	x	x		
Campinas	x					
Cosmópolis		x				
E. Coelho		x				
Holambra		x		x	x	x
Hortolândia		x	x			
Indaiatuba		x		x	x	
Itatiba		x	x	x	x	x
Jaguariúna		x		x	x	
Monte Mor						x
N Odessa	x					
Paulínia	x					
Pedreira	x					
Sta B. D'Oeste		x			x	x
Sto A. de Posse		x		x		
Sumaré		x	x	x		
Valinhos		x				
Vinhedo				x		

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo, 2008.

Gráfico 5 - Existência de Plano Cargos Carreiras e Salários nos municípios da RMC, 2008



Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo, 2008.

No que se refere a força de trabalho em saúde, podemos assim identificar dificuldades para o provimento e fixação de médicos especialmente os generalistas na atenção primária e a insuficiência de geriatras, que de acordo com dados do CNES 2010, contabilizam apenas 11 em toda a nossa região.

Os sistemas de gestão do SUS possuem um conjunto expressivo e consolidado de instâncias, mecanismos e instrumentos de gestão. Nesse contexto, ganha relevo no processo de regionalização do SUS o *Pacto de Gestão,* instituído a partir de 2006, como um potente instrumento de gestão regional que propõe estruturas e processos de negociação e gestão compartilhada. Destacamos ainda como instância de gestão na condução do processo de regionalização, o DRS VII, que congrega 18 municípios da RMC. Esse Departamento é responsável por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade. Segundo o artigo 4ª do Decreto Estadual nº 51.433/2006, esses Departamentos têm por finalidade:

> *"Contribuir para a qualidade de vida da população das respectivas regiões, coordenando, articulando e organizando e gerenciando o sistema de saúde loco regional; Identificar a necessidade de compra de serviços de saúde; promover a articulação dos sistemas metropolitanos de saúde; avaliar, acompanhar e estabelecer a cooperação técnica dos sistemas de saúde; tornar disponíveis e dar publicidade as informações de saúde e gerenciais que viabilizem o controle social do desempenho do sistema de saúde"*

No âmbito da atenção ao idoso, o DRS VII iniciou, somente em 2009, a implantação do Plano Regional da Saúde do Idoso, que propõe as seguintes ações para implementação da política da saúde da pessoa idosa – 2010:

> *1. "Constituição do comitê regional da saúde do idoso*
> *2. Processos de credenciamento hospitalar*
> *3. Implantação da caderneta de saúde da pessoa idosa na atenção básica*
> *4. Capacitações*
> *4.1 curso de formação de cuidadores de pessoas idosas - domiciliares e institucionais das ILPIS*
> *4.2 curso introdutório de envelhecimento e saúde da pessoa idosa – SUS*
> *4.3 capacitação geriátrica e gerontológica para rede do SUS" pg. 19*

No relatório técnico contendo o diagnóstico efetuado pelo DRS VII em 2009 para subsidiar a elaboração do referido plano, os gestores de saúde apontaram as seguintes necessidades e dificuldades relacionadas à qualificação da atenção à pessoa idosa na região. São elas:

> *"Necessidade de Centro de Referência da Pessoa Idosa como apoio aos municípios;*
> *Conhecer e acompanhar indicadores pactuados e estabelecer fluxos para acesso às informações como subsídios para tomadas de decisões;*
> *Sistematização e acompanhamento das ações voltadas à pessoa idosa no município;*
> *Ampliar, estruturar e fortalecer ações da atenção básica à saúde da pessoa idosa;*
> *Entrega do material (cadernetas) para os municípios com capacitação.*
> *Necessidade de base de dados para análise e formulação de políticas e propostas;*
> *Criação de Política Municipal, Regional e Macrorregional da Saúde do Idoso;*
> *Constituição do Comitê Regional.*
> *Superar ações desenvolvidas: isoladamente, dissociadas, desarticuladas, sem intersetorialidade; e o desconhecimento: demanda, equipamentos, ações desenvolvidas pelas diversas pastas no território; "*(p, 7-8)

Nesse relatório, também se pode verificar que, ao menos até 2009, nenhum município da RMC realizava a notificação de violência contra a pessoa idosa. Essa ausência de monitoramento da saúde do idoso nos municípios pode ser reflexo da ausência de posturas indutoras por parte da instância estadual na região, considerando que o grupo dos idosos no DRS VII só se constitui naquele ano.

Sabemos que o desenvolvimento de um envelhecimento ativo passa por um conjunto de determinantes sociais, econômicos, culturais e comportamentais. As condições crônicas, que integram também o perfil epidemiológico dos idosos, podem

ser resultantes em parte, de fatores de risco à saúde acumulados ao longo dos anos, como, por exemplo, fumo, sedentarismo, álcool, e alimentação inadequada. Assim, no caso das condições crônicas o desenvolvimento de ações e atividades voltadas à promoção de hábitos saudáveis para a melhoria da qualidade de vida é indispensável. Na RMC, as informações apresentadas na Tabela 36 mostram que 18 municípios realizam ao menos uma das atividades de promoção à saúde selecionadas, porém somente 4 municípios desenvolvem atividades voltadas ao cuidado do envelhecimento.

Tabela 36 - Atividades de promoção à saúde, por município. RMC, 2008

Municípios	Atividade física	Práticas alimentares	Controle tabagismo	Cuidado envelhecimento	Saúde sexual	Meio ambiente
Americana	x	x	x	x	x	x
A Nogueira	x					
Cosmópolis	x	x			x	
Holambra	x	x			x	
Hortolândia	x	x	x		x	
Jaguariúna	x	x		x	x	x
N Odessa	x	x	x	x		x
Paulínia	x		x		x	
S B d'Oeste	x					
Itatiba	x	x	x		x	x
E Coelho	x				x	
Campinas	x	x	x	x	x	x
Indaiatuba	x					
S A Posse						
Sumaré	x	x	x		x	
Monte Mor	x	x	x		x	
Pedreira					x	x
Valinhos	X	x	x		x	
Vinhedo		x			x	
Total	16	11	8	4	13	5

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo, 2008.

Os protocolos clínicos, ou diretrizes clínicas, se constituem em recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada, devendo ser estruturada com base na melhor evidência clínica possível e desenvolvida em um ponto de atenção á saúde determinado. Na RMC, no que se refere à utilização dos protocolos pelos profissionais para as

principais condições crônicas que envolvem os idosos, pudemos observar que apenas os da hipertensão e da diabetes são utilizados por mais da metade dos municípios, e com bastante diferenças quantitativas entre os diferentes pontos de atenção, o que já nos dá mostras de uma desarticulação entre os diferentes níveis da atenção. (Tabelas 37, 38, 39 e 40).

Tabela 37 - Utilização de protocolos clínicos para Hipertensão na RMC, 2008

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/Emergência
Americana	x		x	
Artur Nogueira				
Campinas	x	x	x	x
Cosmópolis	x			
Engenheiro Coelho				
Holambra	x	x		
Hortolândia	x			
Indaiatuba	x			
Itatiba	x	x		
Jaguariúna				
Monte Mor				
Nova Odessa	x	x		
Paulínia				
Pedreira	x	x	x	x
Santa Bárbara D'Oeste	x	x	x	x
Santo Antonio de Posse	x	x		
Sumaré	x			
Valinhos	x			
Vinhedo	x	x	x	x

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo. 2008.

Tabela 38 - Utilização de protocolos clínicos para Diabetes na RMC, 2008

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/Emergência
Americana	x	x	x	
Artur Nogueira				
Campinas	x	x	x	x
Cosmópolis				
Engenheiro Coelho				
Holambra	x	x		
Hortolândia	x			
Indaiatuba	x			
Itatiba	x	x		
Jaguariúna				
Monte Mor				
Nova Odessa	x	x		x
Paulínia				
Pedreira	x	x		
Santa Bárbara D'Oeste	x	x	x	x
Santo Antonio de Posse	x	x		
Sumaré	x			
Valinhos	x	x		
Vinhedo	x	x	x	x

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo. 2008.

Tabela 39 - Utilização de protocolos clínicos para TU de Próstata na RMC, 2008

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/Emergência
Americana		x	x	
Artur Nogueira				
Campinas	x	x	x	
Cosmópolis	x			
Engenheiro Coelho				
Holambra				
Hortolândia		x		
Indaiatuba				
Itatiba	x	x		
Jaguariúna				
Monte Mor				
Nova Odessa		x	x	
Paulínia				
Pedreira	x	x	x	x
Santa Bárbara D'Oeste	x	x		
Santo Antonio de Posse		x		
Sumaré		x		
Valinhos	x			
Vinhedo	x	x	x	x

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo. 2008.

Tabela 40 - Utilização de protocolos clínicos para violência/acidentes na RMC, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/Emergência
Americana	x			x
Artur Nogueira				
Campinas	x	x	x	x
Cosmópolis	x			
Engenheiro Coelho				
Holambra				
Hortolândia	x		x	
Indaiatuba				
Itatiba	x	x		
Jaguariúna				
Monte Mor				
Nova Odessa			x	x
Paulínia	x	x	x	x
Pedreira			x	x
Santa Bárbara D'Oeste	x	x	x	x
Santo Antonio de Posse				
Sumaré			x	x
Valinhos			x	x
Vinhedo	x	x	x	x

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo. 2008.

Quanto às fraturas de fêmur em idosos, a redução do número de internações por esse motivo configura-se em importante meta para a prevenção de incapacidades e óbitos nessa faixa etária. A queda em pessoas idosas, conforme visto anteriormente tem por causas várias situações, inclusive clínicas, que resultam em uma maior probabilidade de uma pessoa idosa cair. Uma das estratégias adotada para a prevenção de quedas e de fraturas é a caderneta de Saúde da pessoa idosa[32]. A sua utilização induz o profissional de saúde a perguntar se o individuo idoso sofreu alguma queda nos últimos 6 meses. Essa pergunta tem por objetivo exatamente identificar aquela pessoa com propensão a quedas, antes que aconteça agravo maior.

Reconhece-se o esforço do Ministério da Saúde que, por meio da Portaria GM nº 3213 de 20 de Dezembro de 2007, instituiu comitê assessor com o objetivo

[32] A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi criada em 2007 pelo Ministério da Saúde e, desde então, é entregue às Secretarias Estaduais de Saúde e municipais. O MS disponibilizou essa caderneta como parte de uma estratégia para o acompanhamento da saúde da população idosa. Ali devem ser registradas informações importantes sobre as condições de saúde que irão auxiliar os profissionais de saúde a identificar e desenvolver ações necessárias para um envelhecimento ativo e saudável.

de apoiar as políticas voltadas para a população idosa no que diz respeito à osteoporose e ao evento de quedas, buscando evidenciar a necessidade premente de desencadear ações efetivas para prevenção desse agravo. Infelizmente, a implantação da caderneta de saúde da pessoa idosa ainda não é uma realidade na maior parte dos municípios na RMC. No diagnóstico elaborado pelo Programa de Saúde da Pessoa Idosa do DRS VII visando à elaboração do Plano Regional de Saúde da Pessoa Idosa em Campinas, pudemos constatar que:

> *"Na questão sobre a implantação da caderneta do Idoso, a maioria refere-se que o procedimento ainda se encontra em implantação. Concluímos que a maioria dos municípios encontra-se dimensionada para ações de prevenção de quedas, com atividades físicas (praças de exercícios), e orientações institucionais, tivemos noticia que o Município de Campinas está implantado praças de exercício para idosos em ambientes abertos e que a adesão a essas praças é muito boa". pg. 3*

Pudemos ainda observar que algumas dificuldades para implantação da Caderneta foram apontadas em videoconferência[33] sob responsabilidade da SES/ SP, ocorrida em março de 2010 para profissionais e gestores:

- *"O número insuficiente de Cadernetas distribuídas, que não estão disponíveis para todos;*
- *Os profissionais têm dificuldades em aderir à estratégia da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;*
- *Há dificuldades na sistematização dos dados da Caderneta"*

No processo de organização das redes integradas de atenção à saúde e no desenvolvimento de ações voltadas para a população idosa, as Instituições de Longa Permanência para os Idosos (ILPI) também merecem atenção especial, seja pelas próprias condições de fragilidade em que grande maioria dos idosos se encontra, seja pela negligência histórica de que essa população foi vítima ao longo de décadas de invisibilidade social.

Segundo Freire Júnior e Tavares (2005), as Instituições de Longa Permanência para Idosos constituem um desafio, principalmente pelo contraste entre a sua prática e a proposta de promoção da saúde. Frente a essa situação, em 2001,a Secretaria Estadual de Saúde de SP, por meio da Resolução SS - 123, de 27-9-2001(D.O.E nº 184 de 28 de setembro de 2001),regulamentou o funcionamento

[33]http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/acesso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/implantacao_caderneta_16_03_10.pdf. Acesso em 5-12-2010

dessas instituições, colocando-as como objeto de monitoramento das instâncias regionais. Nesse mesmo sentido, em setembro de 2005, foi publicada a resolução da ANVISA nº 283 que aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento para essas instituições. De acordo com essa resolução, em seu artigo 3.6, as ILPI são "*instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade e dignidade e cidadania".*

O percentual de ILPI cadastradas e inspecionadas também foi definido como uma prioridade para o monitoramento e acompanhamento da atenção à saúde do idoso, na suposição de que, pela avaliação do quantitativo de inspeções realizadas nas ILPI, seria possível inferir uma melhoria da qualidade dessas instituições. Esses dados permitem de fato uma visão do universo das ILPI existentes, o qual as VISA municipais e estaduais devem monitorar, além de definir estratégias as que irão direcionar ações de prevenção e promoção para a população idosa do país.

Apesar de todos esses esforços, ainda não existem dados aprofundados sobre o universo da ILPI na RMC. No relatório sobre evento realizado visando à elaboração do Plano Regional de Saúde da Pessoa Idosa em Campinas no dia 23/09/2010, destacamos a seguinte conclusão dos técnicos do DRS VII sobre essa questão:

> "*Nas ILPIs pareceu-nos ainda não existir um controle adequado, restringindo-se apenas ao exercido pelas Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica"pg. 5.*

Mesmo com relação ao controle exercido pelas vigilâncias municipal e estadual, podemos perceber por meio das informações contidas na Tabela 41, algumas dificuldades existentes no cadastramento e, conseqüentemente, na inspeção das ILPI, o que pode vir a comprometer a qualidade da atenção aos idosos que ali vivem.

Tabela 41 - Número total de ILPI existentes informadas e cadastradas pela VISA – GVS VII Campinas -2010

Municípios	Universo Existente informado no PAVISA/2010	Cadastrado no SIVISA/2010
RMC	113	57

Fonte: GVS VII Campinas. Plano de Ação da Vigilância Sanitária (PAVISA) e Sistema de Informação de vigilância Sanitária (SIVISA), 2010.

Após a análise do perfil de morbimortalidade dos idosos na RMC e o exame do desenvolvimento da atenção a saúde do idoso, pudemos verificar que, para a compatibilização efetiva dos componentes da transição da saúde, é fundamental o desenvolvimento de modelos de atenção voltados às necessidades dos idosos, permitindo a identificação de demandas, a criação de serviços específicos para essa população, o estabelecimento de redes intersetoriais e a gestão integrada dos cuidados crônicos. A efetiva implementação de redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde regional, com centralidade na atenção primária, permitirá a ampliação do acesso e o uso regular de serviços de saúde com eqüidade para os idosos da RMC. A ampliação do acesso seria um importante fator para redução das iniqüidades em saúde.

Apesar de não ter sido objeto de investigação nesta pesquisa, salientamos que outros estudos (TRAVASSOS et al, 2006) já demonstraram que os usuários com mais baixo nível socioeconômico são os que têm maior dificuldade em conseguir atendimento, o que no caso dos idosos ainda poderia ser agravado, considerando-se fatores como capacidade funcional e disponibilidade da rede de apoio formal e informal.

Finalmente acreditamos que passo significativo foi dado na direção da estruturação de um sistema integrado, na perspectiva de uma atuação concertada dos diversos componentes de uma Rede de Atenção à Saúde na RMC. Em 2008, foi elaborado pela Câmara Técnica de Saúde com apoio de técnicos e pesquisadores do NEPP/UNICAMP, o Plano Metropolitano de Saúde da RMC. No âmbito deste Plano foram definidos 47 projetos prioritários, que foram detalhados e custeados, a fim de serem financiados em parte com recursos do Fundo de Desenvolvimento Metropolitano de Campinas (FUNDOCAMP) que tem por finalidade financiar e investir em estudos, programas, projetos, obras e serviços de interesse metropolitano. Infelizmente até o presente momento, ou seja, dois anos depois, somente quatro projetos iniciaram o processo de implantação, o que evidencia dificuldades nos mecanismos e instâncias envolvidos.

CONCLUSÕES

> *"Embora, muitas doenças crônicas possam ser prevenidas ou retardadas, a falta de ações concretas produz enormes custos humanos e sociais, absorvendo uma quantidade de recursos que poderiam ser usados para fazer frente a outras necessidades da sociedade"* (WHO, 2006).

Finalizamos nosso estudo, buscando dar um sentido às nossas análises. Após desenvolvermos esta investigação, aumenta nossa responsabilidade e compromisso com a estruturação de um sistema de saúde integrado, dimensionado face às necessidades da nossa população.

Buscamos aqui articular os principais resultados observados no âmbito da pesquisa, que se referem a aspectos do envelhecimento, da morbidade hospitalar e da mortalidade dos idosos na RMC, e ao modo como o sistema de saúde está conformado para atender a essa população. Com esse propósito, trabalhamos com o conceito de transição da saúde (Frenk et al, 1991 e Schramm, 2004), que se constituiu no referencial teórico da análise da transição epidemiológica na RMC e da transição da atenção sanitária na região, tomando o período de 1998 e 2008 como o intervalo de estudo. Utilizamos ainda como referencial teórico, para a análise da situação da atenção à saúde na RMC, o conceito de redes integradas de atenção à saúde, que propõe a estruturação de respostas sistêmicas às necessidades de saúde da população, de forma a superar a fragmentação histórica dos sistemas de saúde, com capacidade de responder, com equidade e qualidade, às demandas oriundas da tripla carga de doenças que caracteriza a situação de saúde na atualidade, incluindo nela as condições crônicas (Mendes 2008; MS 2008).

Ao longo deste trabalho, pudemos observar o impacto da mortalidade e, especialmente da baixa fecundidade, no envelhecimento populacional na RMC, onde esse processo é ainda mais intenso que o observado no Brasil. Além do aumento da população maior de 60 anos, constatamos uma maior participação em volume e em termos relativos na população dos idosos maiores de 80 anos, sugerindo que esse aumento da longevidade, se deva também as melhores condições de saúde da população.

Frente a esse fenômeno do envelhecimento, levantamos algumas questões referentes às suas implicações para os sistemas de saúde, ou seja, não só sobre os reflexos econômicos para o SUS, mas também aspectos relacionados às condições desse processo de envelhecer. As principais conseqüências das condições crônicas,

típicas do envelhecimento, para a saúde das pessoas idosas são: a baixa capacidade funcional, alta dependência, alta demanda de cuidados, alta institucionalização e a baixa qualidade de vida. O conceito de saúde nesse subgrupo populacional é abrangente e não se restringe apenas a presença ou ausência de doença ou agravo, mas também ao nível de independência e autonomia que o idoso apresenta no seu cotidiano. Entendemos que o envelhecimento só representará uma conquista social de fato quando for traduzido por uma melhor qualidade de vida dos idosos.

No intervalo analisado, observamos a redução progressiva das taxas de mortalidade em ambos os sexos, sobretudo entre as mulheres, e entre idosos mais velhos, e também a redução progressiva das taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, embora ainda permaneçam com níveis bem elevados, e o aumento significativo da proporção de óbitos por neoplasias e, em menor intensidade, pelas doenças do aparelho respiratório. Quanto às neoplasias chama a atenção o deslocamento da mortalidade para as idades mais avançadas, o que pode ter, como uma das possíveis causas, a incidência tardia ou a mortalidade postergada frente aos avanços da atenção a saúde. Constatamos ainda que, no decorrer dos anos de 1999 e 2008, as taxas específicos de mortalidade por neoplasias sofreram pequena redução em todos os grupos etários e para ambos os sexos.

No que se refere à análise da morbidade dos idosos na RMC, utilizamos o banco de dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), que nos forneceu as causas, os custos, a taxa de permanência das internações dos idosos, entre outras informações relevantes. As condições crônicas comuns ao envelhecimento têm de ser administradas da melhor forma possível, sob pena de os portadores se obrigarem a procurar os serviços de saúde com grande freqüência, o que acarreta uma necessidade aumentada de recursos humanos e materiais e de procedimentos de alta complexidade tecnológica, superlotando os hospitais e elevando, com isso, os custos sociais e financeiros. As internações da população idosa, que representam pouco menos de 11% da população total da RMC, consumiram em 2008 cerca de 27% dos recursos do SUS destinados às internações hospitalares.

As taxas de permanência dos idosos na região caíram, o que pode estar relacionado a vários motivos e, dentre eles, ressaltamos a seguir os identificados neste estudo. Verificamos que o aumento da cobertura do PSF e da atenção

especializada aumentou: entre os anos de 1999 a 2008, as consultas realizadas por habitante/ano no SUS aumentaram de 1,74 em 1999 para 2,91 em 2008. Em que pese esse indicador não trazer uma análise sobre a qualidade desse atendimento, esse aumento numérico de consultas não pode ser desprezado. Também foi observado no período do estudo queda no número de leitos hospitalares na região. Em 1999, eram 1,81 leitos por mil habitantes e, em 2008, temos 1,08 leitos por mil habitantes na RMC. Quanto aos equipamentos alternativos, pudemos ver que a região apresenta ainda um número pequeno desses equipamentos, fator que provavelmente não vem exercendo uma forte influência na diminuição das internações observadas na região. Segundo dados do CNES, em 2008 existiam apenas dois hospitais-dia e 27 Centros de Atenção Psicossocial [34] na RMC. Por outro lado, no final de 2008, a SES/SP foi responsável pela implantação de um AME (Ambulatório Médico de Especialidades) no município de Santa Barbara, que realiza cirurgias ambulatoriais em várias especialidades e é referência para 62 municípios, o que deverá contribuir para a diminuição das internações hospitalares, especialmente nos leitos cirúrgicos.

Quanto às principias causas de internações dos idosos residentes na RMC, observamos que, apesar de ter ocorrido uma tendência de queda entre os anos de 1998 e 2008, mantém-se o predomínio das doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório como principais causa de internação. Verificamos, também nesse caso, um aumento acentuado do percentual das neoplasias e a não redução das internações por doenças infecciosas e parasitárias. Acreditamos ser cada vez mais necessária a adoção de medidas que visem a diminuir as morbidades hospitalares prevalentes, com claro domínio das condições crônicas, para melhorar a saúde dos idosos na RMC e, conseqüentemente, limitar o recurso à hospitalização.

No caso especifico das neoplasias, apesar da complexidade do quadro etiológico, o envelhecimento populacional consiste em um dos fortes fatores da maior incidência e mortalidade por essas doenças na população idosa, tendo em vista o maior tempo de exposição aos fatores cancerígenos. É por isso que a efetiva implementação de ações voltadas à adoção de hábitos de vida saudável torna-se

[34] Os Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários em saúde mental entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, por equipe multiprofissional.

imprescindível. Cabe ressaltar que, apesar da importância crucial das políticas na promoção da saúde do idoso, assim como nas respectivas orientações nas reduções de risco, cabe ao indivíduo, de maneira particular, adotar estilos de vida que aumentem a qualidade de vida e estendam a sua longevidade. Infelizmente, observamos no âmbito deste estudo, por meio de informações prestadas pelos próprios gestores de saúde dos municípios da RMC, que os pontos de atenção primária não vêm desenvolvendo atividades de promoção à saúde de forma robusta, nem incentivando iniciativas de autocuidado, especialmente as voltadas para os cuidados com o envelhecimento.

Ao longo desta pesquisa, aprofundamos o nosso conhecimento sobre o amplo arcabouço de normas existentes, com definição de políticas e diretrizes voltadas a garantir a atenção de qualidade aos idosos. No processo de implementação das políticas de saúde do idoso, o Estatuto do Idoso – Lei Nº. 10.741/2003 define diretriz norteadora para a promoção, prevenção e recuperação da saúde dessa parcela populacional. Destacamos ainda alguns documentos que merecem destaque na formulação das políticas de atenção à saúde do idoso: Política Nacional de Atenção Saúde do Idoso, Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Promoção a Saúde e o Pacto Pela Vida. Todavia, no momento da implementação e desenvolvimento dessas políticas e diretrizes, várias são as dificuldades encontradas, seja por questões financeiras, seja por inadequação quantitativa e qualitativa dos recursos humanos, seja pela baixa capacidade de gestão e mesmo a falta de vontade política dos governantes.

Para testar a hipótese de que os sistemas de saúde na RMC não estão organizados para atender as necessidades de saúde dos idosos, frente a intensidade do processo de envelhecimento populacional, utilizamos como foco de análise os elementos que constituem o sistema público de saúde na RMC, especialmente os relacionados com a atenção primária e com os pontos de atenção especializados, assim como as ações de vigilância, os sistemas de apoio logístico e a gestão do sistema e do cuidado, tomando como referência teórica o conceito de redes de atenção à saúde.

Vimos que, na lógica de estruturação de um sistema de saúde integrado, organizado para o atendimento das condições crônicas, além das condições agudas, a atenção primária deve ter seu modelo de atenção fundamentado na organização do cuidado, garantindo a continuidade da atenção, a formação de vínculo

terapêutico e a co-responsabilização clínica durante todo o processo de permanência do cidadão na rede de saúde, em seus diversos pontos de atenção. Seus fundamentos devem ser orientados pelas características sócio-econômicas, demográficas, culturais e sanitárias de cada território para o qual se organiza a Rede Regionalizada de Atenção à Saúde, de forma contribuir para a diminuição das taxas de morbidade por condições crônicas e reduzir a incidência de processos de agudização naquelas pessoas já portadoras, o que evitaria internações e reinternações hospitalares.

Encontramos algumas evidências de dificuldades da atenção primária para se tornar a coordenadora do cuidado na RMC. As informações da cobertura populacional da ESF mostram que, apesar da tendência de aumento observada no intervalo do estudo, apenas 27% da população total está cadastrada, o que significa que apenas esse percentual está sendo alvo das ações das equipes de saúde da família. Além disso, não encontramos evidências que essa população cadastrada tenha sido segmentada e classificada por riscos. Quanto à cobertura no que diz respeito à necessidade de consultas básicas, conforme quantitativo populacional verificamos que em 2008, a RMC produziu 89% de consultas básicas considerando-se a necessidade de 100% da população. Entretanto, houve uma queda nessa cobertura, considerando-se que em 1999 era de 92%. Outro fator que pode estar comprometendo a atuação protagonista da atenção primária no sistema é a dificuldade de contratar e fixar pessoal, em especial o médico. Não acreditamos em um modelo centrado no profissional médico, mas se trata de profissional indispensável nas equipes de saúde.

Outro fator que chama a atenção e compromete a garantia da continuidade no atendimento aos idosos é o fato de as unidades de atenção primária ainda realizarem um número significante de consultas e procedimentos não programados, ou seja, aqueles com características dos atendimentos de urgência. Apesar de haver na RMC uma tendência de queda dos procedimentos dessa natureza, estes ainda são bastante volumosos, fato característico de sistemas fragmentados e organizados para o atendimento de condições agudas.

Assim, parece que a atenção primária não está preparada para enfrentar, pelo menos na intensidade e na velocidade que seria necessária, o cuidado ao idoso, implicando na necessidade de ajustar o atual modelo de atenção à saúde,

reformulando e aprimorando a participação dos atores que estão inseridos nesse contexto.

A partir da análise dos outros componentes de um sistema de saúde organizado em redes integradas, que considere a intensidade do envelhecimento populacional, pudemos concluir no âmbito deste trabalho, particularmente no que se refere a elementos que confirmam a nossa hipótese, os seguintes aspectos:

- Há uma grande dificuldade na integração entre os vários pontos de atenção, pela inexistência ainda hoje de mecanismos potentes para regulação do acesso do usuário, que muitas vezes acessa os pontos de atenção especializados ou de apoio diagnóstico terapêutico sem ser referenciado, ou seja, por meio da busca espontânea;
- Inexistência de um cadastro de usuários de caráter regional, que permita a identificação dos idosos e sua história clínica no âmbito do sistema, o que sem dúvida compromete a gestão do cuidado por parte da atenção primária, que poderia monitorar o percurso terapêutico do "seu paciente" pelo sistema;
- No campo prático, no cotidiano dos serviços, os sistemas de informação não disponibilizam informação útil e em tempo oportuno sobre aspectos clínicos e sobre os custos, que possam servir como subsídios à tomada de decisão dos profissionais envolvidos na clínica e na gerência das unidades;
- Fragilidades nos processos de atuação das áreas das vigilâncias em saúde municipais e regional, no que se refere ao acompanhamento e avaliação das internações dos idosos nas instituições de longa permanência, com a detecção de instituições que se encontram na região sem cadastramento e vistoria;
- As instâncias gestoras do sistema não vêm conseguindo apoiar e fomentar a implementação de ações voltadas à atenção ao idoso de forma efetiva na RMC. O DRS VII, enquanto instância regional, só conseguiu articular um grupo para a coordenação da saúde do idoso no ano de 2009;
- Além da carência de geriatras apontada pelos municípios, os processos de capacitação, tanto para os profissionais, como para os cuidadores de idosos, são quase inexistentes na RMC.
- Dificuldades na gestão das relações de trabalho, com ausência de PCCS e dificuldades na fixação de profissionais na atenção primária, comprometendo o desenvolvimento de ações;

- A existência de apenas um Centro de Referência para a Pessoa Idosa na RMC.

Entre as diretrizes para o alcance do propósito da PNSI, destacamos aqui a capacitação de recursos humanos especializados (profissionais) e o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais. Quanto à formação dos profissionais de saúde para a atenção à saúde dos idosos, destacamos o que pensa Diogo (2004):

> *"a escassez de conhecimento geronto-geriátrico dos profissionais da saúde, a ausência de sintonia da maioria das IES brasileiras com o atual processo de transição demográfica e suas conseqüências médico- sociais, a escassez de conteúdo gerontogeriátrico nos currículos, a falta de campos específicos para a prática, além da inexperiência do corpo docente, são algumas das limitações presentes nos cursos de graduação da área da saúde."* (p. 281).

Com relação ao apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, as políticas nacionais voltadas à saúde do idoso prevêem parceria entre os profissionais da saúde e as pessoas próximas aos idosos, responsáveis pelos cuidados diretos necessários, denominados cuidadores. Essa parceria se configura numa estratégia para manter e promover a melhoria da capacidade funcional dos idosos dependentes. Sobre isso Diogo observa que:

> *"A falta de rede de suporte mais efetiva na área social e de saúde para o cuidado são alguns fatores desencadeantes do estresse nos cuidadores de idosos. Embora, no Brasil, em 1999, tenha ocorrido o início da operacionalização do projeto de Pólos de Capacitação e Pesquisa na área de geriatria e gerontologia, esse não teve continuidade, além do que são escassos e regionais os programas de suporte direcionados especificamente aos recursos pessoais informais."* (p. 282)

Quanto a essa questão, observamos nos documentos disponíveis um número pequeno de capacitações para os profissionais voltadas ao atendimento das condições crônicas, com referência apenas a um curso para capacitação de cuidadores realizado em um município na RMC. Os Planos Regionais de Educação Permanente (PAREPS), que se propuseram a realizar cursos para a atenção ao idoso, não conseguiram implantar essas iniciativas.

No que refere à gestão do cuidado do idoso, observamos que há dificuldades na implantação de instrumentos voltados à gestão das condições crônicas, como protocolos clínicos e a própria caderneta do idoso. Chama a atenção

que, quando os protocolos se fazem presentes, eles são construídos e utilizados de forma não integrada entre os pontos de atenção.

Reforçada/confirmada a nossa hipótese, e na aceitação da concepção de que o envelhecimento compreende múltiplas dimensões, ousamos aqui fazer algumas considerações sobre a necessidade de enfrentamento aos desafios colocados para a atenção à saúde do idoso na RMC.

Inicialmente, acreditamos que a sociedade tem que arcar com os recursos suficientes para atender às necessidades específicas da população idosa, e que tais recursos devem ser quantificados com base em indicadores de saúde, sejam os de morbidade ou de mortalidade. Quanto às informações em saúde, temos que buscar indicadores que nos forneçam as possibilidades de uma análise mais aprofundada da qualidade de vida dos nossos idosos e dos níveis de dependência que apresentam. Infelizmente, o VIGITEL atende somente as capitais do país e a PNAD 2009, além das capitais abrangeu apenas 9 das quase 30 regiões metropolitanas existentes no país.

Entendemos que o investimento maciço no desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção a saúde; a importância de pensar currículos de cursos de graduação e de nível médio que contemplem disciplinas específicas sobre gerontologia e geriatria; a necessidade do preparo formal dos cuidadores familiares de idosos; e programas de saúde em domicílio e internação domiciliar se constituem em estratégias relevantes e de alto impacto para a qualificação de vida dos idosos. Nesse mesmo sentido, também devemos destacar a necessidade do incremento das tecnologias de gestão do cuidado ao idoso como uma estratégia de integração dos pontos de atenção.

Na perspectiva da organização de um sistema de saúde integrado, em consonância com as necessidades de saúde dos idosos, e planejado de forma a contemplar o ritmo do envelhecimento populacional e a tripla carga de doenças existente, destacamos que as redes de atenção a saúde se constituem em uma proposta recente no Brasil, embora com um histórico internacional de sucesso em países com sistemas universais e integrais como o brasileiro.

Em suma, para a sobrevivência do sistema e para a qualificação de vida dos nossos idosos é preciso qualificar os serviços de saúde e torná-los acessíveis a todos, a fim de promoverem a saúde, prevenirem doenças, ofertar os cuidados primários de qualidade e de forma equitativa, atender as condições agudas, bem

como garantir a continuidade dos tratamentos de longo prazo aos portadores das condições crônicas.

A relevância em se debruçar sobre os aspectos demográficos e epidemiológicos dos idosos, apesar de todas as limitações, se deve não só à compreensão de todo esse processo, mas também à possibilidade de subsidiar delineamentos de programas de política pública que visem a minorar o ônus advindo do processo de envelhecimento. Do ponto de vista individual, com o favorecimento de uma vida com maior qualidade. Do ponto de vista da saúde pública, com a redução dos custos gerados pela carga das condições crônicas e das comorbidades sobre o sistema de saúde.

Os resultados apresentados neste estudo apontam novos desafios prementes ao SUS, ao mesmo tempo em que fornece elementos para uma reflexão acerca das ações passíveis de serem implementadas, com base no conhecimento já adquirido sobre as condições de vida e saúde da população idosa na RMC.

REFERÊNCIAS

ACHUTTI A, AZAMBUJA MIR. **Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social**. Ciência & Saúde Coletiva, v., n.4, p 833-40, 2004.

ALVES, J. E. D. **O bônus demográfico e o crescimento econômico no Brasil.** Publicado em www.ie.ufrj.br/aparte, 2004. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/PopPobreza/Alves.pdf>.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Mudanças em padrões de morbidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil:** evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec, 1995.

BENGOA R. Empatanados. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada** . v. 1, 1. 2008.

BINDMAN. A. B.et al. Preventable Hospitalizations and Access to Health Care. **JAMA**, n. 274, p. 305-11, 1995.

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. **O sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.19-30, jan., 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z:** garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília, 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. DARA Redes Regionalizadas De Atenção À Saúde: Contexto, Premissas, Diretrizes Gerais, Agenda Tripartite para Discussão e Proposta de Metodologia para Apoio à Implementação. Versão para debate, 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/doc/documento_redes_versao_nov2008.pdf>

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. **Projeto de Investimentos para a Qualificação do Sistema Único de Saúde** – QUALISUS-REDES, 2007

_____. _____. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis:** promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, 2008.

_____. _____.**Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: OPAS, 2003.

_____. _____. CONASS. **SUS: avanços e desafios**. Brasília, 2006a.

_____. _____. Conselho Federal de Medicina. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. **Declaração de óbito: documento necessário e importante**. Brasília, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. _____. **Portaria GM 399 de 2006.** Brasília, 2006c.

_____. _____. **Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006.** Brasília, 2006d. (Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa).

_____. _____. **Lei Federal n° 10741 de 1 de outubro de 2003.** Brasília, 2003.

_____. _____. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde.** NOAS/SUS 01/01 (Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar). Brasília, 2001a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 116).

_____. _____. Secretaria de Ações Programáticas e Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: 2001b.

_____. _____. **Caderno de Atenção Básica n° 4: atenção à saúde do idoso**. Brasília: 2000a.

_____. _____. **Decreto nº 1948 de 3 de julho de 2006 -** Regulamenta a Lei nº 8842 de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso**.** Brasília, 1994.

BODSTEIN, Regina. **Atenção básica na agenda da saúde**. Ciênc. saúde coletiva [online]. vol.7, n.3, pp. 401-412. 2002, ISSN 1413-8123.

_____. _____. **Norma operacional básica 001/93.** Brasília, 1993.

CABRERA*, M.* et al. **Ensino de geriatria através do aprendizado baseado em problemas: experiência da Universidade Estadual de Londrina**, PR. Gerontologia, v.8, n.2, p.56-62, abr./jun.2000.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira:** uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

_____. **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60**? Rio de Janeiro: IPEA; 2004

CAMARGOS, M. C. S. **Estimativas de expectativa de vida livre de e com incapacidade funcional: uma aplicação do método de Sullivan para idosos paulistanos, 2000**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2004. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/FACE69XMYL/1/mirela_castro_santos_camargos.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2009.

CAMPOS, F.E. **Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro, 1988. [Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ.

CAMPOS, M. R. ET AL. **Proposta de integração de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) para pesquisa**. Informe Epidemiológico do SUS**,** Brasília, v.9, p.51-58, 2000.

CAMPOS, N. O. B.: RODRIGUES, R.N. **Ritmo de declínio nas taxas de mortalidade dos idosos nos estados do Sudeste, 1980-2000**. R Bras Est Pop v.21, n.2, p.323-342**,** 2004.

CARBONI, R. M.; REPPETTO, M. A. **Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil**. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 251-260,jan./abr.2007.Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a20.htm>. Acesso em: 28 out. 2010.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico.** Cadernos de Saúde Pública**,** Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.725-733, mai/jun.2003.

_____. **Para onde iremos: algumas tendências populacionais no século XXI.** R. Brás. Est. Pop. São Paulo, v.18, n.1/2, p.7-13, jan./dez.2001.

_____. **Um Brasil mais velho e mais estável.** Imprensa, v.7, n.76, p.7-11, jan./1994.

CEI-RS (Conselho Estadual do Idoso - Rio Grande do Sul), 1997. Considerações finais. In: **Os Idosos do Rio Grande do Sul**: Estudo Multidimensional de suas Condições de Vida: Relatório de Pesquisa (CEI-RS, org.), p. 71, Porto Alegre: CEI.

CHAIMOWICZ, F. **Health of the Brazilian elderly population on the eve of the 21st century: current problems, forecasts and alternatives**. Rev. Saúde Pública n. 31, p. 184-200, 1997.

CUNHA, E M.G.P.; AIDAR, T. Metodologia . In: BERQUO, E, S; Cunha, E.M. P.G. (Orgs). **Morbimortalidade feminina no Brasil** (1979-1995). Campinas: Ed da UNICAMP, 200 p. 15 -38.

DIOGO, M. J. D.; DUARTE, Y. A. O. **O envelhecimento e o idoso no ensino de graduação em enfermagem no Brasil: do panorama atual a uma proposta de conteúdo programático**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.33, n.4, dec.1999.

DIOGO M.J.D. E. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, v.12, n. 2, p. 280-2, mar/abr. 2004.

DRIESNACK, M; Souza, V. D.; MENDES, I.A.C. **Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem, Parte 3 métodos mistos e múltiplos** Rev. Latino Americana de Enfermagem, v.15, n. 5, set/out 2007.

ESCOSTEGUY, C. C. et al. **O sistema de informações hospitalares e a assistência ao infarto agudo do miocárdio**. Revista de Saúde Pública**,** São Paulo, v.36, n.4, p.491-499, ago. 2002.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E. **Subsídios à política de regulação do acesso, formação e capacitação de profissionais da saúde:** perfil sociodemográfico, epidemiológico e capacidade instalada em saúde no Brasil. Pelotas: UFPel, 2005. (Relatório Final).

FRENK J.; FREJKA, T.; BOBADILHA, J. L. **La transicion epidemiológica em America Latina**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**,** Washington, v.111, n.6, 1991.

FRENK, J**. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico.** Nairobi, Commission on social determinants of health, 2006.

FRIED, L. P.; WALLACE, R. B. **The complexity of chronic illness in the elderly: from clinic to community.** In: WALLACE, R. B.; WOOLSON, R. F. The epidemiologic study of the elderly. New York: Oxford University, 1992.

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050:** revisão 2008. Rio de Janeiro, 2008.

IBGE **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil n. 25**, 2009. (Série Informação demográfica e socioeconômica) ISSN 1516-3296

FREIRE JÚNIOR, R.C.; TAVARES, M.F.L. **A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião**. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.147-58, 2005.

SEADE. **Sistemas de informações dos municípios paulistas.** São Paulo, 2009.

GAWRYSZEWSKI, V.P.; JORGE, M.H.P. M MHPM, KOIZUMI MS. **Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual.** Rev. Assoc Med. Bras, v.50, n.1, p.97-103, 2004.

GODOY, Arilda S. **Introdução a pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. Revista de administração de Empresas, v.35 n. 2, p.57-63, mar/abr.1995a

_____. **Pesquisa qualitativos-tipos fundamentais**. Revista de Administração de Empresas, v.35 n. 3, p. 57-63. mar/abr. 1995b.

GOIS, A.L.B. e VERAS, R.P. **Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.6, pp. 2859-2869.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso.** Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2000.

HAM, C. **Evaluations and impact of disease management programmes**. Bonn: Conference of Bonn; 2007.

HERR, K.; ANDERSON, G.L. **The action research dissertation: A guide for students and faculty**. Thousand Oaks, CA: Sage Pub. [2005].

HEIMANN, L.S.; IBANHES, L.C.; BARBOZA, R. (Orgs). **O público e o privado na saúde.** São Paulo: Editora Hucitec; 2005.

JAMISON, Dean T. et al. (Eds.) .**Disease Control Priorities in Developing Countries.** New York: Oxford University Press. 1993.

KANE, R.L. et al. **The effect of Evercare on hospital use.** J. Am. Geriatr. Soc., 51: 1427-1434, 2003.

KARSCH, U. (org.). **Envelhecimento com Dependência: Revelando Cuidadores**. São Paulo: EDUC., 1998

LABRA, M. E. **Análise de Políticas, Modos de Policy-Making e Intermediação de Interesses.** Physis – Revista de Saúde Coletiva, v. 9, n.2, p.131-166, 1999.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. **O sistema de informações sobre mortalidade:** passado, presente e futuro. São Paulo: CBCD, 2006.

_____; _____; _____. **A confiabilidade dos dados de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis**. Ciência & Saúde Coletiva**,** Rio de Janeiro, v.9, n.4, 2004.

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

LEFEVRE F.; et al. **Latrogenic complications in high-risk, elderly patients.** Arch Intern Med, v. 152, n.10, p.2074-80**,** 1992.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis. In: _____. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade:** epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec, 1998.

LEUCOVITZ, E.; LIMA, L.; MACHADO, C. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. Ciência & Saúde Coletiva**,** Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.269-291, 2001.

LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; GIATTI, L. **Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000): epidemiologia e serviços de saúde**. Revista do Sistema Único de Saúde**,** Brasília, v.13, n.4, p.217-228, out./dez. 2004.

_____ et al. **Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas**. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, v.9, n.1, p.23-41, 2000.

LLOYD, J.; WAIT, S. **Integrated care: a guide for policymakers**. London: Alliance for Health and the Future, 2005.

MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. **Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.11, n.3, 2006.

MALTA, D.C. et al. **A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, n.15, p. 47-65, 2006.

MARTHA, Driessnack; SOUSA, Valmi D.; MENDES, Isabel Amélia Costa. **Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 3: Métodos mistos e múltiplos**. Rev. Latinoam. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, Oct. 2007. Available from.

MATHIAS, T. A.F.; MELLO JORGE, M.H. P. ANDRADE, O. G. de**. Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do Brasil.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2006, vol.14, n.1, pp. 17-24. ISSN 0104-1169. doi: 10.1590/S0104-11692006000100003.

MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. **Onde estão os contratos?: análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS**. Ciência & Saúde Coletiva**,** Rio de Janeiro, v.8, n.2, 2003.

MELLO JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. **Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.643-654, 2007.

_____; CASCÃO, A. M.; CARVALHO-SILVA, R. **Acidentes e violências: um guia para a melhoria da qualidade da informação**. São Paulo: CBCD, 2005.

_____. **Informações em saúde: uma ferramenta do nível local ao central.** Porto Alegre: Reunião Técnica RIPSA/CONASS, 2005.

_____, GOTLIEB, S. L. D. **As condições de saúde no Brasil: retrospecto de 1979 a 1995.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS.** Salvador: Casa da Qualidade, 2001. (Coleção Saúde Coletiva).

_____. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **As Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2008.

_____. **As Redes de Atenção à Saúde.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2297-2305. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232010000500005.

MIRANDA, R.D. **HIPERTENSÃO Arterial: O que muda na Fisiopatologia e no Tratamento?** *In*: Ramos, L.R. (coord.). Guia de Geriatria e Gerontologia / coordenação. Barueri: Manole, 2005

MILES, M. B., HUBERMAN, A. M. **Qualitative data analysis: A source book of new methods**. Bervely Hills, C. A.: Sage, 1984.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ªed. São Paulo, HUCITEC, 2008

NERI, A. L. **Palavra-chave em gerontologia.** Campinas: Alínea, 2001.

NOLTE, E.; MCKEE, M. **Does health care save lives?:** avoidable mortality revisited. London: Nuffeld Trust, 2004.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007.

OMRAM, A. R. **The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population Change**. Milbank Memorial Fund Quarterly**,** New York, v.49, n.4, p.509-583, oct. 1971.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing chronic diseases, a vital investments.** Geneva, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008: A atenção primária à saúde: agora mais do que nunca**. Brasília: OMS; 2008

PAES, N. A. **A geografia da mortalidade por causa dos idosos no Brasil**. Anais do XII Encontro de Estudos Populacionais da ABEP, Caxambu, v.1 p2-22, 2004

PARAHYBA, M. I. **Desigualdades de gênero em saúde entre os idosos no Brasi**l. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15, 2006, Caxambu. Anais do Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Belo Horizonte: ABEP, 2006.

_____; WALLACE, A. **Síntese de indicadores sociais: 2002.** In: IBGE. Departamento de População e Indicadores Sociais**.** Idosos. Rio de Janeiro: Fundação IBGE, 2003.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization**. Washington, D.C.: PAHO; 2005.

PERRACINI, M. R. **Desafios da prevenção e do manejo de quedas em idosos. *BIS,*** Bol. Inst. Saúde (Impr.) [online]. 2009, n.47 [citado 2010-12-19], pp. 45-48

PESS/NEPP/UNICAMP. **Diagnóstico do setor da saúde da RMC.** Campinas, 2007.

POL, L. G.; THOMAS, R. K. **The demography of health and health care.** 2.ed. New York: Kluwer Academic/Plenum, 2000.

RAMOS, L. R.; PERRACINI, M.; ROSA, T. E. & KALACHE, A**. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil**. Journal of Cross-Cultural Gerontology, n.8, p. 313-323. 1993

RESCK, Z. M. R.; BOTELHO, F. F.; HERCULANO, M. A. R.; NAMORATO, P. B.; FREIRE, S. F.. **Orientações a pacientes portadores de seqüelas neurológicas e a sua família: uma atividade extensionista**. In: 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 2004, Belo Horizonte. Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Belo Horizonte, 2004.

RIPSA - **Rede Interagencial de Informações Para Saúde. Informe de situação e tendências: demografia e saúde**. Brasília: OPAS, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde. Série Informe de Situação e Tendências).

_____. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. Brasília: OPAS; 2008.

ROOS, N.; BURCHILL, C.; CARRIERE, K. **Who are the high hospital users? A Canadian case study**. J Health Serv Res Policy , n. 8, p. 5-10, 2003.

SÁ-SILVA J. R; ALMEIDA C.D.; GUINDANI, J.F. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológica.** Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**,** Ano 1, n.1,p. 1-15. jul. 2009. Disponível em www.rbhcs.com. ISSN: 2175-3423.

SAAD, P. M**. O envelhecimento populacional e seus reflexos na área da saúde.** In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 7, 1990, Caxambu. Anais do Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Belo Horizonte: ABEP, 1990.

SÃO PAULO, **Lei Complementar Estadual nº 870 de 19 de junho de 2000.São Paulo** , 2000. (Cria a Região Metropolitana de Campinas, o Conselho de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Campinas e autoriza o Poder Executivo a instituir entidade autárquica, a constituir o Fundo de Desenvolvimento Metropolitano da Região de Campinas).

SAYEG, M. A.; MESQUITA, R. A. V. **Políticas públicas de saúde para o envelhecimento**. In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. **Necessidades de saúde e atenção primária**. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Eds.). Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, p29-47, 2000.

SCHRAMM, J. M. A. et al. **Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.897-908, out./dez. 2004.

SESHAMANI, M.; GRAY, A. **The impact of ageing on expenditures in the National Health Service.** Age Ageing, n. 31, p. 287-94**,** 2002.

SILVA, J. B. **Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas**. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2006.

SIMÕES, C. C. S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil:** uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: OPAS, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L. **Policy relevant determinants of health: an international perspective.** Health Policy, n. 60, p.201-216, 2005.

TRAVASSOS, C., VIACAVA, F. FERNANDES, C.; ALMEIDA, C.M. **Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil.** Cienc. Saúde Coletiva**,** v.5, n.1, p. 133-49, 2000**.** DOI: 10.1590/S1413-81232000000100012

TEIXEIRA, C.F. Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: Ressignificando a Promoção da Saúde**. São Paulo: Hucitec/ OPAS, 2006. p.42-61.

VERAS, R. **Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos**. Cadernos de Saúde Pública**,** Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.705-715, maio/jun.2003.

_____. **Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira**. Revista USP, São Paulo, v.51, p.72-85, set./out./nov.2001.

_____. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/EdUERJ, 1994.

VIANA, A.L. **Abordagens metodológicas em políticas públicas / Methodological approachs in public policies.** Rev. Adm. Pública**,** v.30, n.2, p.5-43, mar;abr. 1996.

WALLACE, R. B. Aging and disease: from laboratory to community In: _____; WOOLSON, R. F. **The epidemiologic study of the elderly**. New York: Oxford University, 1992.

WONG, L. R. CARVALHO, J.A.M. **O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas**. Rev. Brás. Est. Pop., São Paulo, v.23, n.1, p.5-26, jan./jun.2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.** Geneva: WHO, 2003. (WHO Technical Report Series, 916). Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf>.