



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

JULIANA LUCENA DE MIRANDA CAVALCANTE

**INTERNAÇÕES, ENVELHECIMENTO E GASTOS EM
SAÚDE NO SUS: ANÁLISE DAS CONDIÇÕES
SENSÍVEIS ÀS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
CEARÁ DE 2000 A 2011**

**FORTALEZA
2013**

JULIANA LUCENA DE MIRANDA CAVALCANTE

**INTERAÇÕES, ENVELHECIMENTO E GASTOS EM SAÚDE NO
SUS: ANÁLISE DAS CONDIÇÕES SENSÍVEIS ÀS AÇÕES DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CEARÁ DE 2000 A 2011**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva.

**FORTALEZA
2013**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho
Bibliotecário Responsável – Francisco Welton Silva Rios – CRB-3/919

C376i Cavalcante, Juliana Lucena de Miranda
Internações, envelhecimento e gastos em saúde no SUS / Juliana
Lucena de Miranda Cavalcante . -- 2013.
CD-ROM. 141 f. : il. (algumas color.) ; 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico,
acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de
Ciências da Saúde, Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública,
Fortaleza, 2013.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva.

1. Idosos. 2. Atenção primária à saúde. 3. Hospitalização. I. Título.

CDD: 613.704



U.E.C.E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - PMASP

FOLHA DE AVALIAÇÃO

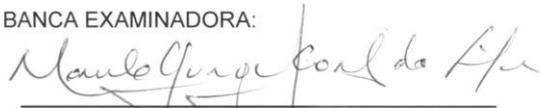
Título da dissertação: **"INTERNAÇÕES, ENVELHECIMENTO E GASTOS EM SAÚDE NO SUS: análise das condições sensíveis às ações da atenção primária no Ceará 2000-2011"**

Nome da Mestranda: **Juliana Lucena de Miranda Cavalcante**

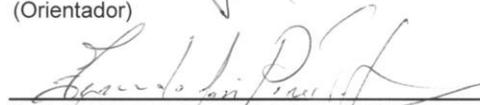
Nome do Orientador: **Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICAS, GESTÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE".

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva.
(Orientador)



Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa
(1º membro)



Profa. Dra. Maria Helena Lima Sousa
(2º membro)

Data da defesa: 27/12/2013.

Ao meu esposo, companheiro e amigo de todas as horas, Gustavo Henrique Cardoso Cavalcante, pelo total incentivo e apoio nos momentos mais difíceis desta caminhada. Amor incondicional.

Aos meus lindos e amados filhos, Breno e Clara, que com apenas três e cinco anos, respectivamente, foram suficientemente compreensivos nas horas em que pediam a minha atenção, e eu, com lágrimas nos olhos, não podia satisfazê-los. Minha razão de viver.

Aos meus pais, Antonio e Rita, exemplos de vida, e mesmo à distância sempre me apoiaram em tudo na vida.

Ao meu sogro e pai Audísio e à minha sogra e mãe Eliania, pelo apoio e dedicação em todas as horas em que precisei

Aos meus cunhados Annya, Audísio Junior e Thiago pelo carinho e amizade de sempre.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de realização de um sonho.

Ao meu orientador, professor Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva, pela competência, responsabilidade e paciência durante toda essa jornada. Um exemplo de vida e simplicidade.

Ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva por todos os ensinamentos e disponibilidade, no período de realização desta pesquisa e, em especial, ao professor Dr. Francisco José Maia Pinto, pelo estímulo, dedicação e comprometimento em tudo o que faz.

Aos professores doutores participantes da banca de qualificação Fernando José Pires de Sousa e Thereza Maria Magalhães Moreira pela ilustre contribuição e direcionamento no encaminhamento desta pesquisa.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP, que propiciou o financiamento desta pesquisa através da concessão bolsa, a qual foi fundamental na realização do mestrado.

E, por fim, aos meus colegas de turma, por terem me proporcionado tantos momentos incríveis de alegria e felicidade e, em especial, a Beatriz Barata, Cláudia Sobral e Sílvia Morgana.

“A chama de uma vela é metáfora da vida. A vida é uma vela que se consome, iluminando...”

(Rubem Alves)

RESUMO

Diante da carência de indicadores capazes de avaliar ações e serviços da atenção primária como elementos importantes na manutenção da saúde e da qualidade de vida das pessoas, surgiu, na década de 1980, nos Estados Unidos, um indicador (Internações Condições Sensíveis às Ações da Atenção Primária - ICSAP) ligado à atenção secundária, capaz de avaliar de forma indireta a qualidade da atenção primária em saúde. Vários estudos vêm destacando também a importância de se considerar questões relativas a gastos nos serviços de saúde e a incorporação de idosos como objeto de pesquisas científicas, principalmente em virtude da transição demográfica que vem ocorrendo em diversos países no mundo. Assim, neste estudo, buscou-se analisar gastos e internações de idosos no SUS, por grupos de condições sensíveis às ações da atenção primária, no Estado do Ceará, no período de 2000 a 2011. Estudo ecológico, quantitativo, com abordagem descritiva e analítica, abrangendo as internações realizadas e pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no Estado do Ceará e em suas microrregiões e macrorregiões de saúde, no período de 2000 a 2011. As variáveis foram analisadas com o auxílio do programa estatístico SPSS e realizado, além do cálculo do coeficiente de correlação de Pearson, a regressão linear simples. Observou-se, durante o período estudado, um aumento do número de idosos (37,9%), com predomínio da faixa etária de 60 a 69 anos e de idosos do sexo feminino, em todas as microrregiões do Estado. Quanto aos gastos, percebeu-se uma redução (11,5%) e uma correlação direta com as taxas de ICSAP [Coeficiente de correlação de Pearson de 0,697; $p < 0,05$], na regressão obteve-se um R^2 ajustado de 0,421. Estas também sofreram diminuições dos seus números (16,9%), ao contrário das não ICSAP. Variáveis sociais (correlações positivas), estrutura dos serviços de saúde (correlações negativas) também apresentaram relação com esses gastos, porém de forma diferenciada. Portanto, apesar dos avanços alcançados pelo Estado, em termos de melhorias dos indicadores, percebeu-se que ainda há muito para ser feito. Os serviços de atenção primária necessitam de maior resolutividade e investimentos crescentes, direcionando as ações assistenciais aos idosos, grupo cada vez mais importante nos cenários dos serviços de saúde.

ABSTRACT

Faced with the lack of indicators able to evaluate actions and primary care services like important elements in the maintenance of health and quality of people's life, arose in the United States in 1980, an indicator (Sensitive Conditions Hospitalization Primary Care Actions-ICSAP) connected to the secondary attention, able to assess the quality of indirectly primary health care. Several studies have been highlighting the importance of considering issues related to spending on health services and the incorporation of the elderly as the object of scientific research, mainly as a result of the demographic transition that has taken place in various countries in the world. Thus, in this study, we sought to analyze expenses and elderly hospitalization in the SUS, by groups of conditions responsive to primary care actions, in the State of Ceará, in the period from 2000 to 2011. The ecological and quantitative study with descriptive and analytical approach, covering hospitalization conducted and paid for the Unified Health System (SUS), in the State of Ceará and its health microregions and macro-regions assista of the in the period of 2000 to 2011. The variables were analyzed with the statistical program SPSS coefficient and carried out, in addition to the calculation of the Pearsons correlation, the simple linear regression. It was observed during the studied period, an increase in the number of elderly people (37.9%), with predominance of aged 60 to 69 years and elderly female, in all micro-regions of the State. As for expenditures, realized a reduction (11.5%) and a direct correlation with ICSAP rates [the Pearsons coefficient correlation of 0.697; $p < 0.05$] in the regression obtained an R² adjusted 0.421. These also suffered decreases their numbers (16.9%), unlike non-ICSAP. Social variables (positive correlations), structure of health services (negative correlation) also presented related to these expenditures, however differently way. Therefore, despite the advances obtained by the State in terms of improvements of the indicators, it was realized that there is still much to be done. Primary care services require higher resolution and increasing investments, directing assistance actions for the elderly, the increasingly important group in the scenarios of health services.

LISTA DE TABELA

Tab.1 -	Censo de idosos por triênio e faixa etária, no Estado do Ceará no período de 2000 a 2001.....	61
Tab.2 -	Distribuição de idosos por sexo entre as regionais de saúde e sua variação em relação ao Estado no ano 2000.....	63
Tab.3 -	Distribuição de idosos por sexo entre as regionais de saúde e sua variação em relação ao Estado no ano 2011.....	64
Tab.4 -	Distribuição de idosos por faixa etária e sexo, no Ceará, nos anos 2000 e 2011.....	65
Tab.5 -	Distribuição das frequências de internações por grupos de ICSAP em idosos no Ceará, por triênios, de 2000 a 2011.....	68
Tab.6 -	Distribuição das frequências de ICSAP em idosos por regiões de saúde por triênios.....	69
Tab.7 -	Resultados da análise de regressão simples entre a variável dependente valores gastos com ICSAP em idosos e as variáveis explicativas: número de idosos e taxa de ICSAP separadamente.....	82
Tab.8 -	Demonstração dos resultados da análise de regressão bivariada entre a variável dependente valor gasto com ICSAP/ano e as várias variáveis explicativas e significativas.....	83
Tab.9 -	Distribuição dos valores gastos em reais (deflacionados) com ICSAP no Estado, por triênios.....	84
Tab.10 -	Valores gastos em reais com internações de idosos por grupos de condições sensíveis as ações da atenção primária em saúde no Estado do Ceará.....	85

LISTA DE QUADROS

Quad. 1 -	Relação explicativa entre os objetivos específicos determinados e as variáveis do estudo.....	57
-----------	---	----

LISTA DE FIGURAS

Fig. 1 -	Evolução do gasto do Ministério da Saúde em nosso país de 2001 a 2006.....	38
Fig. 2 -	Esquema da análise bivariada entre a variável de desfecho (custo de internações por condições sensíveis) e as variáveis explicativas (demográficas, ligadas a condições de vida, oferta de serviços de saúde e internações).....	59
Fig. 3 -	Crescimento do número de idosos no Estado do Ceará de 2000 a 2011, segundo dados do DATASUS.....	60
Fig. 4 -	Distribuição da quantidade total e por faixas etárias específicas de idosos, no Estado.....	62
Fig. 5 -	Internações totais, públicas e privadas no Estado do Ceará no período de 2000 e 2011.....	66
Fig. 6 -	Evolução do número de ICSAP no Estado do Ceará, no período de 2000 a 2011.....	67
Fig. 7 -	Mapeamento das variações percentuais dos ICSAP em idosos distribuídas nas regiões de saúde do Estado, entre 2000 e 2011.....	70
Fig. 8 -	Série histórica entre as taxas de ICSAP e a cobertura ESF no Estado do Ceará, no período de 2000 a 2011.....	71
Fig. 9 -	Análise da tendência temporal da proporção da cobertura da ESF no Ceará no período de 2000 a 2011.....	71
Fig. 10 -	Análise da série histórica entre as taxas de ICSAP e taxa de médicos por 1.000 habitantes, no Estado do Ceará.....	72
Fig. 11 -	Análise da tendência temporal da taxa de ICSAP e cobertura de planos de saúde, no Ceará.....	73
Fig. 12 -	Análise da tendência temporal da taxa de ICSAP e número de leitos por 1.000 habitantes, no Ceará.....	73
Fig. 13 -	Evolução do PIB <i>per capita</i> , no Ceará, no período de 2000 a 2011.....	74
Fig. 14 -	Evolução da distribuição do PIB <i>per capita</i> por macrorregião de saúde, no período de 2000 a 2011.....	75

Fig. 15 - Evolução da renda média domiciliar <i>per capita</i> no Ceará de 2000 a 2011.....	75
Fig. 16 - Distribuição da renda média domiciliar <i>per capita</i> entre as regionais de saúde nos anos 2000 e 2010.....	76
Fig. 17 - Evolução na taxa de desemprego anual no Ceará, no período de 2000 a 2011.....	77
Fig. 18 - Evolução da taxa de analfabetismo no Ceará, no período de 2000 a 2011.....	78
Fig. 19 - Evolução da proporção de domicílios com esgotamento sanitário adequados no Ceará, no período de 2000 a 2011.....	79
Fig. 20 - Evolução das proporções de domicílios com abastecimento de água adequado no Ceará, na série histórica de 2000 a 2011.....	79
Fig. 21 - Evolução dos valores gastos com ICSAP no Estado do Ceará, no período de 2000 a 2012.....	80
Fig. 22 - Análise comparativa das tendências dos gastos com grupos de ICSAP por triênios.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH –	Autorização de Internações Hospitalares
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
CF –	Constituição Federal
CID –	Classificação Internacional de Doenças
CNES –	Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
CONASEMS –	Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
CONASS –	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CSAP -	Condições Sensíveis às Ações da Atenção Primária
DAB –	Departamento de Atenção Básica
DATASUS –	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF –	Estratégia Saúde da Família
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC –	Intervalo de Confiança
ICSAP –	Internações por Condições Sensíveis as Ações da Atenção Primária
IDB –	Indicadores e Dados Básicos
ILPI –	Instituições de Longa Permanência de Idosos
IPECE –	Instituto de Pesquisa Econômica do Ceará
LOS –	Lei Orgânica de Saúde
MS –	Ministério da Saúde
OMS –	Organização Mundial de Saúde
ONU –	Organização das Nações Unidas
OR –	<i>OddsRatio</i>
PDR -	Plano Diretor de Regionalização
PIB –	Produto Interno Bruto
PNAD -	Pesquisa Nacional de Amostras Domiciliares
PNSI –	Política Nacional de Saúde do Idoso
PSF –	Programa Saúde da Família
SIH –	Sistema de Internações Hospitalares

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
SUS – Sistema Único de Saúde
UECE – Universidade Estadual do Ceará
VIF – *Variance Inflation Factors*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	21
2.1 Envelhecimento populacional.....	21
2.1.1 Dos aspectos históricos do envelhecimento.....	21
2.1.2 Políticas públicas e suas implicações para os idosos.....	26
2.1.3 Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento e as teorias existentes.....	31
2.2. Gastos em saúde e efeitos do envelhecimento populacional.....	37
2.3 Atenção primária em saúde e ICSAP: instrumento de avaliação.....	45
3 OBJETIVOS.....	51
3.1 Geral.....	51
3.2 Específicos.....	51
4 MATERIAL E MÉTODO.....	52
4.1 Tipo de estudo.....	52
4.2 Local e período.....	52
4.3 População e amostra.....	53
4.4 Critérios de inclusão.....	53
4.5 Critérios de exclusão.....	53
4.6 Instrumento e técnica de coleta de dados.....	54
4.7 Variáveis do estudo.....	56
4.8 Técnicas de análise e interpretação dos dados.....	57
4.9 Aspectos éticos.....	59
5 RESULTADOS.....	60
5.1 Descrição dos dados demográficos relativos a idosos.....	60
5.2 Internações gerais, públicas e privadas e ICSAP em idosos, no Estado do Ceara.....	65
5.3 Variáveis sociais e econômicas relacionadas a ICSAP no Ceará.....	74
5.4 Valores gastos com ICSAP em idosos e sua correlação com os blocos de variáveis.....	80
6 DISCUSSÃO.....	87

7 CONCLUSÃO.....	104
REFERÊNCIAS.....	107
APÊNDICE A - Termo de compromisso de uso de banco de dados.....	119
APÊNDICE B - Internações públicas em idosos por macrorregião no Ceará, segundo faixa etária, nos anos 2000 e 2011.....	120
APÊNDICE C - Distribuição das frequências de ICSAP por região de saúde/ano, incluindo a variação percentual entre 2000 a 2011.....	121
APÊNDICE D - Frequência de internações em idosos por grupos de condições sensíveis às ações da atenção primária em saúde no Ceará (DATASUS).....	122
APÊNDICE E - Gastos (deflacionados), em reais, por principais grupos de ICSAP, em idosos, no Ceará, no período de 2000 a 2011.....	123
APÊNDICE F - Gastos (deflacionados) em reais com ICSAP, no Estado, no período de 2000 a 2011 (continuação).....	124
APÊNDICE G – Distribuição das taxas de ICSAP e não ICSAP em idosos no Ceará, nos anos 2000 e 2011.....	125
APÊNDICE H –	126
APÊNDICE I –	127
ANEXO A - Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008.....	128
ANEXO B - Histórico de inflação efetiva no Brasil no período de 2000 a 2011.....	130
ANEXO C - Parecer consubstanciado do CEP.....	131
ANEXO D - Quantitativo da população residente no Estado do Ceará, no período de 2000 a 2011.....	135
ANEXO E - Índices Gerais de Preços do Mercado.....	136

1 INTRODUÇÃO

“A velhice é o Ser, quando iluminado pela luz crepuscular [...]”

(Rubem Alves)

O aumento da expectativa de vida humana, o controle e a diminuição da natalidade e a melhoria das tecnologias em saúde ensejaram o aumento do número de idosos e, conseqüentemente, uma alteração na estrutura etária da população mundial.

Essa alteração na estrutura etária não é um fato novo. China, Japão, assim como países da Europa e da América do Norte, já convivem há um longo tempo com essa alteração demográfica e suas possíveis conseqüências (GARRIDO; MENEZES, 2002).

O Brasil, em todas as suas regiões, e de forma semelhante, perpassa por essa transição da estrutura etária de forma extremamente rápida, em um contexto histórico cultural comum à maioria dos países, porém, com profundas desigualdades socioeconômicas e geográficas (WONG; CARVALHO, 2006).

Este processo de transição está relacionado basicamente a duas grandes alterações: a redução significativa da proporção de crianças e o aumento do quantitativo de pessoas idosas. Percebe-se uma inversão na estrutura etária da população brasileira (LUIZAGA; GOTLIEB, 2013).

Segundo estimativa, o número de crianças menores de 5 anos sofreu um decréscimo de 11,3% para 8,6%, entre 1991 e 2005 (IBGE, 2000). De forma semelhante, a quantidade de crianças com idade entre 5 a 9 anos foi reduzida de 14% para 12%. (WONG; CARVALHO, 2006).

Com relação ao aumento nas quantidades de idosos, tem-se uma inversão nesta tendência. A parcela da população de 60 anos ou mais aumentou de 5,1% em 1970, para 8,6% em 2000. Segundo projeções, o número de idosos, possivelmente, ultrapassará o de crianças em 2045 (WONG; CARVALHO, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil está entre os dez países do mundo com maior contingente de idosos (AMARAL *et al.*, 2004; LINCK *et al.*, 2009).

Em números absolutos, o total de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, aumentou de três milhões em 1960, para sete milhões em 1980 e 14 milhões em 2000 (acréscimo de quase 500% em 40 anos); estima-se que alcançará 32 milhões em 2020 (IBGE, 1960-2000, 2003).

Uma peculiaridade é o fato de não apenas aumentar o número de idosos, como, também, ocorrer um aumento do limite biológico da vida de forma nunca antes vista (VERAS, 2002; CAMARANO; PASINATO, 2004; LEBRÃO, 2007; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2013).

Projeções da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2050, indicam que cerca de dois bilhões de pessoas no mundo terão mais de 60 anos. Pela primeira vez na história haverá mais idosos do que pessoas com menos de 15 anos de idade. E, se inicialmente, era um fato exclusivo ou predominante em países desenvolvidos, na contemporaneidade passa a ser algo também dos países em desenvolvimento (LEBRÃO, 2007).

A região Nordeste, apesar de evidenciar os menores índices de desenvolvimento do País, apresenta elevado percentual do número de idosos. Estimativas apontam que 75% dos idosos do país encontram-se nas regiões Nordeste e Sudeste (CABRAL, 1998).

No Ceará, a estrutura etária da população também vem sofrendo modificações ao longo das décadas. Em 2008, o Ceará passou a ocupar o sétimo lugar em termos de maior população idosa, perdendo apenas para São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, Rio Grande do Sul e Paraná (SALES *et al.*, 2009).

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Amostras Domiciliares (PNAD), em 2008, existiam 914.514 idosos no Ceará, o que representava 10,8% da população residente no Estado. Com relação à quantidade de idosos existentes em 1998, que era de 618.917, ocorreu um acréscimo de 48,6% (SALES *et al.*, 2009).

Diante de todos esses fatos e das suas possíveis consequências, decidiu-se utilizar a faixa etária dos idosos como alvo primordial desta pesquisa, com o objetivo de contribuir com maiores esclarecimentos sobre

quais fatores podem estar contribuindo com as ocorrências de internações por condições ou evitáveis no Estado.

As alterações decorrentes dessa transição demográfica podem ser consideradas grandes conquistas, como resultado da melhoria das condições de vida e de saúde populacionais. De forma simultânea, esse processo também se constitui um desafio para a saúde pública no Brasil (CAMARANO; PASINATO, 2004; OMS, 2005; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2013).

“A transição demográfica gera consequências sociais e econômicas, mudanças na morbidade e na mortalidade e, por conseguinte, nas condições de saúde” (LUIZAGA; GOTLIEB, 2013, p.87).

“A perspectiva de envelhecimento populacional modifica a participação dos grupos na vida econômica, ou seja, se interfere na economia do País, modifica, em cadeia, as várias relações sociais e políticas”, o que poderá afetar de forma direta ou indireta o desenvolvimento social e econômico da nação (BEZINS; BORGES, 2012, p.32).

No setor da saúde, entre os fatores responsáveis pelo aumento dos gastos, se destacam: as mudanças dos perfis epidemiológicos, com uma coexistência de doenças infecciosas e crônico-degenerativas; um maior e mais prolongado consumo de medicamentos; doenças com manifestações mais severas, maior frequência e permanência em internações hospitalares e, por fim, a utilização de tecnologias mais avançadas, quando comparados a pessoas em outras faixas etárias (AMARAL *et al.*, 2004; COSTA *et al.*, 2008).

Pode-se destacar como exemplo do aumento dos gastos com internações o caso do município de Londrina - Paraná, que, em 2000, do total de hospitalizações, 20,1% foram no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e ocorreram com pessoas idosas. Apesar dos idosos representarem apenas 9,3% da população do município, consumiram 29% do total gasto com internações hospitalares públicas (MARTIN *et al.*, 2006).

Associado a esse fato, percebe-se a necessidade frequente de estudos relacionados a essa temática envolvendo gastos e idosos, bem como a carência de indicadores que avaliem as causas e as consequências do aumento desses gastos na sociedade (FELIX, 2009).

Neste sentido, para efeito desta pesquisa, foram feitos dois recortes, considerados essenciais, no que se reporta à avaliação da qualidade da

assistência. O primeiro se refere à identificação dos idosos como objeto desta pesquisa, estimulada pelo crescente número desse grupo na sociedade, e o segundo, a escolha de um indicador da atenção secundária, ligado a condições de evitabilidades, capaz de avaliar de forma indireta a qualidade da atenção primária em saúde, também conhecido por Internações por condições sensíveis às ações da atenção primária.

Seguindo as orientações de Pappas *et al.*, (2007) e Foland (2001), parte-se do princípio de que o grande número de internações por causas evitáveis pode ser indicativo de problemas relacionados à rede de atenção primária.

A atenção primária, em seus distintos modelos de organização e oferta de serviços, deve ter impacto positivo tanto em indicadores de saúde (especificamente, Internações por Condições Sensíveis às Ações da Atenção Primária – ICSAP), como em gastos relativos a esses serviços (STARFIELD, 2002).

A partir dessa reflexão, surge a seguinte hipótese: se existem preocupações com a institucionalização e consolidação da atenção primária em saúde no País, estabelecida principalmente pela expansão na cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), as ICSAP deveriam ser evitadas ou reduzidas em todas as faixas etárias, inclusive nos idosos e, como consequência, os gastos com essas internações seriam igualmente reduzidos.

Portanto, acredita-se, assim como reflete Garrido (2002), que os resultados deste estudo possam contribuir com uma análise detalhada desta situação, orientando na elaboração e implementação de políticas públicas capazes de aprimorar a qualidade das avaliações nos serviços da atenção primária em saúde, além de minimizar o impacto relacionado aos gastos nesses serviços.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento populacional

2.1.1 Dos aspectos históricos do envelhecimento

Desde o início da civilização, o envelhecimento tem sido considerado um fator relevante, porém com concepções e interpretações diversas (PAPALÉO NETTO, 2002; ALBUQUERQUE, 2008; PEREIRA *et al.*, 2009).

Em Roma e na Grécia, no século II a.C, os idosos eram valorizados e respeitados. Comandavam as famílias e eram privilegiados pela sua experiência, orientando, muitas vezes, os demais membros da família (PAPALÉO NETTO, 2002; ALBUQUERQUE, 2008).

Segundo Albuquerque (2008; p.10):

“Em um período que se estendeu da Idade Média até meados do século XVIII, os idosos eram pouco numerosos, a vida era árdua e, para viver, contavam com a ajuda da família, da Igreja e o auxílio de alguns senhores feudais”.

Bois (1994 *apud* PAPALÉO NETTO, 2002), em sua obra a *Histoire de la Vieillesse*, relata que o século XVIII se destacou pela percepção otimista que existia em relação à velhice.

Vale salientar que a velhice surge como uma nova etapa da vida apenas entre os séculos XIX e XX. Esse fato esteve vinculado ao processo de modernização das sociedades ocidentais, bem como ao percurso histórico vivenciados pelas mesmas. Todo esse processo foi essencial para que se desenvolvessem sociedades que determinassem a periodização da vida humana (SILVA, 2008).

Assim, antes desse período, não existia divisão das etapas da vida humana em infância, adolescência, fase adulta e velhice; somente a partir dessa época é que surge a cronologia, subdividindo etapas de acordo com a idade dos indivíduos (SILVA; FEIJÃO, 2008).

“Definir a velhice é uma questão social, coletiva e profundamente complexa, pois ser velho contemporaneamente pode não possuir relação com

o “ser velho” na Antiguidade ou na Idade Média, no Ocidente ou no Oriente” (PICCOLO, 2011, p.169).

Na França, no século XIX, por exemplo, velho era compreendido como alguém que não podia mais se sustentar financeiramente sozinho, passando a depender de outrem. Nada tinha haver com a questão cronológica (PICCOLO, 2011).

“Ser velho em uma sociedade de castas ou em uma comunidade baseada em laços fraternos também não é o mesmo que ser velho nas sociedades capitalistas contemporâneas” (PICCOLO, 2011, p.169).

Tanto durante a Revolução Industrial como no início do período capitalista, a velhice já era compreendida como uma das etapas da vida e os idosos que dependiam das suas famílias para sobreviver, às vezes eram tratados de forma carinhosa e cuidadosa e, em outros momentos, esquecidos e maltratados (MASCARO, 2004).

Os tempos são outros mais complexos e com pouca valorização da vida simples. Os ideais se voltam à acumulação de capital e à valorização do homem forte, conforme sua capacidade laboral. Os mais frágeis: idosos, deficientes, doentes e portadores de transtornos mentais, são postos à margem da sociedade (PAPALÉO NETTO, 2002; PICCOLO, 2011).

Vivencia-se uma profunda inversão de valores, na qual o jovem e o adulto são privilegiados pela sua força e eficiência na produção - consequência da Revolução Industrial, com o avanço tecnológico e valorização das orientações desenvolvimentistas, tendo como objeto principal a mão de obra e a força de trabalho do homem (PAPALÉO-NETTO, 2002).

Na contemporaneidade, tem-se uma sociedade descontínua, numa era tecnológica e digital, a qual necessita que todos os indivíduos acompanhem esse processo de evolução de forma extremamente ágil (NEGREIROS, 2003).

Portanto, percebe-se que o processo de envelhecimento não é apenas algo natural e biológico, mas, se “constitui também como elemento histórico e social que varia de acordo com os interesses de uma determinada sociedade” (OLIVEIRA, 2007; SILVA; FEIJÃO, 2008).

O processo de envelhecimento se caracteriza como algo complexo e multifacetado, abrangendo diversas dimensões do conhecimento incluindo a

biológica, psicológica, social, demográfica, jurídica, política entre outras (BERZINS; BORGES, 2012).

Passam a serem visados os aspectos humanos relacionados à juventude, à produção e ao consumo, bem como características como a “versatilidade e a volatilidade”, desejáveis para a grande maioria das pessoas envolvidas nos seus ambientes de trabalho (BERZINS; BORGES, 2012).

Diante de uma sociedade capitalista, na qual se valoriza a força de trabalho, qualquer ameaça neste sentido pode ser avaliado de forma extremamente negativa. Os processos patológicos físicos e psíquicos, as alterações funcionais, bem como a própria chegada da velhice, podem ser vistos como algo indesejado (GUERRA; CALDAS, 2010).

Contribuindo com essa visão depreciativa do envelhecimento, aflora uma sociedade ligada a padrões de beleza determinados, que prioriza a juventude e a estética das coisas e pessoas. Este fato se concretiza quando se observa o crescimento do número de cirurgias plásticas e dos vários tratamentos de beleza acessíveis em clínicas de estética (MOTA, 2002).

No entanto, na contramão dos fatos Alves (2001, p.52) faz uma metáfora ao destacar que: “[...] A velhice tem a sua beleza, que é a beleza do crepúsculo. A juventude eterna, que é o padrão estético dominante em nossa sociedade, pertence à beleza das manhãs [...].”

O ser humano não sabe como vivenciar a velhice e não tem certeza se realmente a deseja. Por vezes, expressa vontade de viver uma vida longa, ao mesmo tempo em que revela a negação em relação a este período (SANTOS, 2002).

Alguns idosos associam a chegada da velhice à perda da capacidade laboral e à dependência em relação à família ou parentes próximos, além de estar relacionada ao aparecimento de enfermidades, o que tem contribuído com a ênfase negativa relativa a este período (SANTOS, 2002; GUERRA; CALDAS, 2010).

A percepção desta etapa como algo negativo também está associado a sensação de desaceleração da vida. Por conta de todas as perdas e acontecimentos, os idosos necessitam de uma vida com mais contatos com seus familiares e amigos, situação a qual muitas vezes, procuram, inclusive,

se envolver de forma ativa nas relações entre filhos e netos (LIMA; COELHO, 2011).

Porém, é necessário destacar que a velhice também pode ser bem tolerada, principalmente quando é esperada, e isso ocorre devido uma série de fatores no decorrer da vida humana (LIMA; COELHO, 2011).

Assim, Oliveira (2007) propõe a necessidade da mudança de paradigma, estimulando a ruptura de estereótipos negativos que são atribuídos a este período, desmistificando esta etapa da vida como algo nocivo, incorporando aspectos positivos, reconhecendo esta fase como uma grande conquista social.

Segundo Piccolo (2011, p.172):

Por uma questão de coerência, tanto filosófica como prática, não podemos coadunar com o pressuposto de que a juventude signifique por si só saúde e o envelhecimento a simbologia de sua decadência devido ao desgaste do organismo.

Percebe-se que a noção do conceito de velhice atravessou diversas épocas como algo não definitivo com sentidos e significados próprios (OLIVEIRA, 2007; SILVA; FEIJÃO, 2008).

Segundo Oliveira (2007, p. 279), “o idoso é uma invenção social emergente da dinâmica demográfica, do modo de produção, da estrutura social vigente, das ideologias dominantes, dos valores e culturas preponderantes.”

As estruturas familiares se modificaram ao longo dos anos. A modernização trouxe consigo novos paradigmas, nos quais os idosos, antes enaltecidos, passam a ser vistos como fardo. Surge, então, a necessidade de afastar esses membros de casa, à medida que a família necessita de mais tempo e liberdade para o trabalho e para a realização de outras atividades da vida diária (LINCK *et al.*, 2009).

Neste contexto, estimula-se o aumento de asilos também conhecidos como Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) que nada mais são do que um espaço de amparo e acolhida aos idosos. Acredita-se que esse aspecto também possa contribuir com o medo e a insegurança dos idosos em relação à velhice (CAMARANO; KANSO, 2010).

Percebe-se, portanto, que:

“Desde a Antiguidade Clássica, passando pela Idade Média, até os dias atuais, a velhice assumiu diversas significações, revelando-se no meio social como instituição em seus diversos níveis contraditórios”. (SILVA; FEIJÃO, 2008, p.2).

Nas últimas décadas, o aumento no número de pessoas idosas é considerado um elemento primordial que merece a atenção especial por parte de todas as pessoas que compõem a sociedade. A Organização das Nações Unidas (ONU) se refere ao período compreendido entre os anos de 1975 a 2025 como a era do envelhecimento (ALBUQUERQUE, 2008).

Este fenômeno pode ser considerado como algo desafiador, principalmente quando se pretende proporcionar uma qualidade significativa a esses anos acrescidos (CAMARANO *et al.*, 2004; MOIMAZ *et al.*, 2009; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2013).

Na perspectiva da evolução científica, relacionada a essa etapa da vida, tem-se que, durante os séculos XVIII e XIX, surgem alguns estudos médicos referentes ao processo de envelhecimento, porém restritas a doenças comuns da senilidade e a seus respectivos tratamentos (PEREIRA *et al.*, 2009).

Somente a partir do século XX, é que se reconhece a importância de estudos que contemplem o processo de envelhecimento em outras perspectivas, não se limitando a questões patológicas e biológicas (PEREIRA *et al.*, 2009).

Assim, o século XX se destacou como um período, no qual, a ciência do envelhecimento teve grandes avanços, destacando-se o trabalho dos pioneiros nesta área como o de Metchnikoff, em 1903, que estabelece os fundamentos da gerontologia (estudo da velhice de maneira interdisciplinar) e Nasher, em 1909, com o surgimento da geriatria desvendando os aspectos clínicos deste período (PAPALÉO NETTO, 2002).

Acredita-se que, a experiência acumulada dos idosos um dia poderá ser zelada e considerada como algo importante para a sociedade, enquanto as descobertas teóricas e técnicas poderão ser descartadas diante das muitas outras novas descobertas (NEGREIROS, 2003).

2.1.2 Políticas públicas e suas implicações para os idosos

Na primeira metade do século XX, a população brasileira permaneceu praticamente estável, com uma estrutura predominantemente jovem. Cerca de 50% da população era formada de pessoas com menos de 20 anos de idade, e apenas 3% de pessoas com mais de 60 anos (CARVALHO; GARCIA, 2003).

A partir da década de 1960, ocorreu uma redução tanto da mortalidade quanto da fecundidade. A taxa de fecundidade passou de 6,1 filhos por mulher, na década de 1930, para 5,8 em 1970 e para 2,3 filhos em 2000. Atualmente, grande parte da população já se apresenta com uma taxa de fecundidade abaixo do nível de reposição, ou seja, apresentando um crescimento praticamente nulo (FRIAS; CARVALHO, 1994; WONG, 2001; CARVALHO *et al.*, 2009).

A consequência estrutural desse processo leva a um estreitamento da base da pirâmide etária, indicando uma redução da proporção de crianças e adolescentes, e um alargamento do topo com um aumento proporcional do número de idosos (CAMARANO, 1999; WONG, 2001).

Esta alteração na fecundidade foi observada, inicialmente, em países da Europa Ocidental em um ritmo controlado quando comparado ao ocorrido no Brasil (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Enquanto a Inglaterra necessitou de 100 anos para reduzir 58% da sua taxa de fecundidade total, o Brasil, em 30 anos, experimentou uma diminuição de 60% da mesma taxa (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Em poucas décadas, o Brasil dobrou a sua esperança de vida ao nascer, o contrário do que aconteceu em vários países da Europa que precisaram de mais de 140 anos para consolidar essas alterações. A esperança de vida ao nascer 33,7, em 1900, passando em 2000, a 70 anos. Estimativas apontam para uma expectativa de vida superior a 75 anos em 2025 (IBGE, 2004).

O processo de envelhecimento vem sendo considerado uma preocupação importante no cenário nacional, reconhecido inclusive como um problema de saúde pública. Alcançou um *boom* gerontológico na última década do século XX (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2002; PRADO; SAYD, 2004).

Somente a partir do século XX, pesquisas que abordavam aspectos relacionados à repercussão social do aumento no número de idosos, foram descritas como algo relevante (CACHIONI, 1999).

Vivencia-se, assim, um avanço da consciência da sociedade em relação ao envelhecer, como consequência do aumento da visibilidade dos idosos, dos investimentos realizados por algumas instituições sociais na divulgação de informações sobre o envelhecimento e pelo fato dos idosos serem considerados, por muitos, como uma nova proposta para o mercado de trabalho (NERI, 2011).

Esses idosos apresentam demandas específicas necessitando de uma adaptação e organização da sociedade com relação a aspectos voltados à previdência social, moradia, saúde, cultura, trabalho, educação e segurança (OLIVEIRA, 2012).

Não faz parte da cultura do povo brasileiro a preocupação com a garantia de direitos, os quais asseguram um envelhecimento digno. Isso reflete bem o pensamento atual de uma sociedade pós-moderna (BERZINS; BORGES, 2012).

Vale ressaltar que:

O Estado brasileiro não compreende o envelhecimento como um triunfo nem como um valor para a sociedade. A ação e a inação das políticas públicas relacionadas ao processo de envelhecimento reforçam a imagem negativa do mesmo. (BERZINS; BORGES, 2012, p.83).

Como os direitos elementares dos idosos não são respeitados, surge a necessidade de ações governamentais que tenham como objetivo a garantia de uma vida digna. É nesse contexto que surgem as políticas públicas (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Entende-se política pública como o resultado da dinâmica do jogo de forças que se estabelece no âmbito das relações de poder constituídas pela sociedade civil (BONETI, 1997).

As iniciativas de formulação de políticas públicas direcionadas aos idosos, bem como da proteção e garantia dos seus direitos é algo recente, principalmente se considerarem aspectos relacionados à cidadania (BENETTI *et al.*, 2011)

As primeiras previsões surgem junto a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 230, a qual ressalta 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, garantindo-lhes o direito à vida. (BRASIL, 1988).

O ano de 1999 foi considerado, pela ONU, o ano internacional dos idosos e teve como *slogan* “A Promoção de uma Sociedade para Todas as Idades”. Buscava-se estabelecer alguns parâmetros para a definição e elaboração de um marco conceitual (Documento 50/114 da ONU) sobre questões relacionadas ao envelhecimento (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Ainda nesse ano, o Papa João Paulo II escreveu uma carta a qual falava sobre a velhice na sociedade contemporânea, demonstrando a sua importância e os descrevendo, como ‘guardiões da memória coletiva e intérpretes privilegiados de ideais e valores da vida humana’ (JOÃO PAULO II, 1999).

Como consequência, também, de reivindicações feitas pela sociedade brasileira na década de 1970 e do surgimento do documento produzido pela Associação Nacional de Gerontologia, intitulado por “Políticas para a Terceira Idade”, cria-se no Brasil, nos anos 1990, a Política Nacional de Saúde do Idoso.

Na tentativa de garantir o direito das pessoas idosas e de lutar por um envelhecimento digno e saudável, cria-se, em 2002, o Conselho Nacional do Idoso, através do Decreto Nº. 4.227 (BERZINS; BORGES, 2012).

Os conselhos caracterizam-se por serem órgãos permanentes, deliberativos e paritários e que têm como competência a elaboração de diretrizes, ferramentas, normas e prioridades da Política Nacional do Idoso, bem como controlar e fiscalizar as ações de execução e cumprimento da política de atendimento à pessoa idosa (BERZINS; BORGES, 2012).

Em 2003, foi criado o “Estatuto dos Idosos” (Lei Nº. 10.741/03) - lei específica que assegura direitos às pessoas idosas. Busca-se, assim, “resgatar os princípios constitucionais que garantem aos cidadãos com mais de 60 anos direitos que preservem a dignidade da pessoa humana, sem discriminações [...]” conforme o artigo 3º do inc. IV da Constituição Federal.

Porém, apesar de passados quase 10 anos, percebe-se que esses direitos ainda são garantidos de forma incipiente (FERNANDES, 1997, p.132).

A Política Nacional de Saúde do Idoso originada em 1999 foi revogada pela Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, através da qual se buscava assegurar os direitos das pessoas senis, aspirando um envelhecimento saudável e digno (OLIVEIRA, 2007).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (1999), supracitada, merece destaque, pois pode ser considerada uma conquista, no sentido de garantir os direitos dos idosos como cidadãos.

Entre seus principais propósitos, se destacam:

A promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, recuperação da saúde e a reabilitação daqueles que teriam sua capacidade funcional restringida (BRASIL, 1999, *on line*).

Já os seus princípios, estimulam a permanência dos idosos no meio em que vivem, de modo que possa exercer suas funções de forma independente, de acordo com a sua capacidade física e mental (BRASIL, 1999).

Posteriormente, buscando superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, bem como de melhorar a qualidade da gestão, o Ministério da Saúde junto ao Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e ao Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), pactuaram entre as esferas de gestão responsabilidades relacionadas tanto à gestão do sistema quanto à assistência à saúde (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Saúde se subdivide em três dimensões: o pacto pela vida; pacto de gestão; e o pacto em defesa do SUS. No pacto pela vida, a saúde do idoso surge como uma das áreas prioritárias, devendo perseguir as seguintes diretrizes: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a prestação de uma assistência integral com ações intersetoriais; implantação do atendimento domiciliar; acolhimentos a essas pessoas nas unidades de saúde; provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção; estímulo à participação social; educação permanente para os profissionais de

saúde; divulgação da Política Nacional de Saúde do Idoso e incentivo a estudos que envolvam pessoas com mais de 60 anos (BRASIL, 2006b).

Assim, o Pacto pela Saúde, através de ações do Ministério da Saúde (MS), lança as seguintes ações estratégicas: a criação e distribuição da caderneta de saúde do idoso (instrumento de cidadania); manual de atenção básica e saúde, voltado à pessoa com mais de 60 anos; e o Programa de Educação Permanente à Distância com temas direcionados à saúde do idoso (BRASIL, 2006a).

Todas essas ações e políticas seriam desnecessárias se existisse respeito aos direitos e à dignidade das pessoas idosas. O preconceito e o estigma, infelizmente, ainda são frequentes e permeiam os diversos setores.

Atualmente, um relato do Vice-Primeiro Ministro e também Ministro de Finanças do Japão, ao Conselho de Reformas da Seguridade Social, no dia 21 de janeiro de 2013, causou grande polêmica e pode servir como exemplo do estigma criado pela sociedade em relação ao idoso. Taro Aso, afirmou que os idosos deveriam ‘apressar-se e morrer’ para não onerar os cofres públicos.

O Santo Padre, o Papa Francisco, fez uma declaração em entrevista concedida ao programa televisivo da Rede Globo “Fantástico”, no dia 28 de julho de 2013, onde destacou que na sociedade pós-moderna os idosos são vistos como seres improdutivos e menos importantes, demonstrando que esse pensamento não é algo isolado, mas um fato que permeia o pensamento e atitudes de muitos (FRANCISCO, 2013).

Portanto, muitas pessoas desrespeitam e ferem o direito da própria vida, vendo com maus olhos aqueles que contribuíram com a sociedade por um longo tempo, e que, neste momento, precisa de apoio e da garantia de satisfação de suas necessidades básicas.

Segundo Piccolo (2011, p.170):

Quando pensada em termos de possibilidade e não limitação, a velhice pode ser uma etapa propícia à reflexão do já vivido, à transformação de posturas, conceitos e valores sociais; à assunção de outra relação perante a realidade circundante; à reconstrução de nossa identidade e à própria forma com que nos relacionamos com a diferença.

Percebe-se, através do exposto, que existe preocupação da sociedade e dos estudiosos com a garantia de certos direitos à pessoa idosa,

porém, ainda muito incipiente, necessitando de uma maior participação e esforço da população no sentido da evolução e do sucesso das políticas públicas voltadas às pessoas idosas.

2.1.3 Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento e as teorias existentes

O envelhecimento é um processo fisiológico próprio dos seres humanos, determinado por uma variedade de fatores, bem como pela capacidade adaptativa do indivíduo. Busca-se o equilíbrio entre os componentes biológicos, psicológicos e sociais (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Envelhecer pressupõe alterações naturais, lentas e sucessivas nas diversas estruturas que compõe o organismo humano (BENETTI *et al.*, 2011).

Os problemas surgem como consequências de alterações celulares e moleculares que acarretam perdas funcionais progressivas no organismo, culminando em alterações, por vezes, patológicas (MOTA *et al.*, 2004; MOURÃO; SILVA, 2010).

Gonçalves (2010, p.1738) destaca que “o homem traz em seus genes a idade de envelhecer”, ou seja, envelhecimento não é somente resultado do desgaste natural dos órgãos e sentidos, mas também uma determinação genética.

Assim, as mudanças ocorridas neste período variam intensamente de um indivíduo para outro, de acordo com a hereditariedade, condições econômicas, culturais, emocionais, entre outras (SANTOS, 2002; MINAYO; COIMBRA JR, 2002; FREITAS *et al.*, 2006).

Como dizia Mota *et al* (2004, p.81) “da interação entre o genoma e os fatores estocásticos resulta a maior ou menor velocidade de envelhecimento do organismo.”

As alterações físicas e orgânicas não são particularidades da vida senil, elas iniciam-se desde a infância e continuam durante toda a vida, porém, nesta fase, elas se tornam mais rápidas e evidentes (SANTOS, 2010).

O processo de envelhecimento é um fenômeno complexo que deve ser compreendido dentro das suas várias dimensões e não apenas da biológica (MOIMAZ *et al.*, 2009).

Assim como Mota *et al.* (2004), entende-se que a percepção do envelhecimento, necessita de um conhecimento das manifestações biológicas mas, que esta não seja a única ou a principal concepção a ser considerada.

Segundo Mota *et al.* (2004, p.82) “a curiosidade despertada por esse problema tem sido de tal forma explorada que, em 2000, Medvedev recensou mais de 300 teorias desde o século XVIII.” Devido às inúmeras teses existentes fica impossível uma abordagem individual de cada uma separadamente.

Apesar da grande quantidade de conjunturas existentes, nenhuma é aceita de forma integral ou consegue explicar completamente esse processo, pois ainda não se tem acesso a todos os fragmentos que compõem o “mosaico do envelhecimento” (VIÑA *et al.*, 2007).

Grande parte das teorias está em desuso, porém elas podem ser separadas em dois grandes grupos principais: Teorias Genéticas e as Teorias Estocásticas (MOTA *et al.*, 2004).

Como o próprio nome já diz, um grupo se preocupa basicamente com os aspectos relacionados a questões genéticas, enquanto o outro, diz respeito a condições aleatórias (principalmente as ambientais) relacionadas com o cotidiano dos indivíduos e que determinam o processo de envelhecimento.

Uma dessas teorias é a teoria da velocidade metabólica, proposta por Pearl, que relacionava o envelhecimento à taxa de metabolismo dos indivíduos. Este apresenta-se como resultado de uma determinação genética (MOTA *et al.*, 2004).

Outra teoria interessante foi a do envelhecimento celular e se limitou a estudar o fenômeno do envelhecimento celular através da mutação. “De acordo com esta teoria, em meios de cultura favorável, as células eram imortais e se multiplicavam infinitas vezes” (MOTA *et al.*, 2004, p.83).

Porém, quando alterado o meio de cultura, Hayflick (1980), identificou uma capacidade limitada de multiplicação celular. Ou seja, de acordo com essa perspectiva um dos determinantes da jovialidade era o meio em que se vive.

A expectativa de um sistema unificado de teorias que incluía a maioria dos fenômenos associados ao envelhecimento é inexistente. A

tentativa de propor teorias abrangentes reside no fato da importância de abrir caminhos para novos estudos, e uma melhor compreensão acerca deste fenômeno, melhorando a qualidade de vida dos anos de vida vividos a mais, por essas pessoas (VIÑA *et al.*, 2007).

Voltando-se para questões conceituais, Viña *et al.* (2007, p.5) caracterizam o envelhecimento como um “processo progressivo, intrínseco, universal e deletério”. Progressivo, pois acontece durante as fases da vida; intrínseco porque é próprio de cada indivíduo; universal, pois ocorre em todos os indivíduos; e deletério, porque tende a ter como consequência a decadência funcional progressiva de várias funções do corpo.

Para se obter maiores esclarecimentos em relação aos marcos conceituais existentes, faz-se necessário descrever algumas definições e distinções entre eles, apesar de ainda não se ter uma definição universalmente aceita deste conceito, como referido anteriormente (VIÑA *et al.*, 2007).

Pontua-se que, ao longo do tempo, ocorreram diversas modificações no que se refere às definições relativas ao processo de envelhecimento. Vários pesquisadores discordaram em relação às designações teóricas sobre o início desse período. E, muitas vezes, a longevidade era considerada uma questão mística e depreciativa, variando de acordo com o local e a época vivida (SANTOS, 2002).

Pode ser definido como “o desgaste nas estruturas e funções que atingem um ponto máximo durante o desenvolvimento e maturação dos indivíduos de uma dada espécie” (VIÑA *et al.*, 2007, p.5).

Outro conceito proveniente da Grécia Antiga é o de Cales (*apud* SANTOS, 2002), que relata que o envelhecimento poderia ser compreendido como uma doença resultante da instabilidade de quatro humores (sangue, catarro, bílis amarela e bílis negra).

Outra definição, baseada em Claude Bernor e James Fries (*apud* SANTOS, 2002), aponta o envelhecimento como sendo um processo biológico natural responsável por alterações no funcionamento do organismo, que conduzem à mensuração da perda da capacidade adaptativa de resposta ao ambiente diante do estresse e de doenças crônicas.

Assim, percebe-se que a maioria das definições encontradas para traduzir o envelhecimento está relacionada ao processo biológico e físico,

desconsiderando outros aspectos relevantes como: fatores sociais, econômicos, políticos e culturais.

Associado a essa visão restrita sobre o envelhecimento, percebe-se que existe, ainda, muita ambiguidade no que se refere ao reconhecimento dos termos: idosos, velhice e envelhecimento (SANTOS, 2010).

O termo “idoso” está fortemente ligado à questão cronológica e é definido de várias maneiras em diferentes territórios. Enquanto nos países desenvolvidos eles são caracterizados como pessoas que têm 65 anos ou mais de vida, nos países em desenvolvimento, idosos são os que têm 60 anos ou mais. Esta definição foi estabelecida pela Organização Mundial da Saúde, através da Resolução Nº. 39/125, durante a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas (ONU, 1982).

É considerada, por muitos estudiosos, como inapropriada, pois desconsideram as alterações biológicas, psíquicas, espirituais ou sociais, levando-se em conta apenas os anos de vida no plano cronológico (SANTOS, 2010).

Debert (1997) já dizia que uma das características da sociedade pós-moderna é o fato de não se aceitar mais a cronologia, ou seja, a divisão de papéis de acordo com a idade das pessoas, pois segundo ele esta não capta a realidade atual vigente. Assim, encontra-se de forma simultânea, mulheres que são mães com 16 anos e outras aos 45. Não existe idade para envelhecer, casar-se, ter filhos, tudo é relativo e acontece no seu tempo certo.

Enquanto o envelhecimento é definido como um processo que é vivenciado por todo ser humano como já referido anteriormente, de formas e intensidades diferentes. Como os idosos já viveram quase todas as etapas do processo de envelhecimento, as suas alterações são mais intensas (SANTOS, 2010).

A velhice inicia-se junto à decadência do corpo ou quando este não responde de forma satisfatória aos desejos do homem a partir da regressão sistemática da intelectualidade (ALVES, 2001).

É conhecida como a última fase do processo de envelhecimento (SANTOS, 2010).

Período em que a infância e a velhice se tocam, caracterizando-se pela forma lenta e discreta que ocorrem, passando-se, muitas vezes, despercebidos pelos próprios indivíduos que as vivenciam (ALVES, 2001).

Com relação às questões físicas, principalmente quando se refere à aparência são, talvez, as únicas alterações que são consideradas, ao referir-se a um indivíduo como idoso (SANTOS, 2010).

Todo ser humano, com o passar dos anos, apresenta alterações fisiológicas próprias do processo de envelhecimento que, embora não sejam consideradas doenças, contribuem significativamente para a instalação de morbidade, seja ela física ou não.

Entre as alterações corporais presentes em pessoas idosas, podem ser citadas: o aparecimento de rugas, hipopigmentação dos pelos corporais, dores diversas, esquecimento, falta de coordenação motora, desequilíbrio e problemas de postura (GONÇALVES, 2010).

A pele encontra-se mais ressecada, hipocorada com uma redução do seu brilho natural (PAPALÉO-NETTO, 2004).

A redução das sensações está ligada ao decréscimo do número de células sensitivas. Um exemplo disso é o número de papilas gustativas de uma pessoa com 75 anos que representa apenas 36% daquelas que possuía quando tinha 40 anos (GONÇALVES, 2010).

Os cabelos vão embranquecendo gradativamente com uma tendência maior a quedas e uma substituição menos efetiva nesta idade, principalmente no sexo masculino. Por esse motivo, os homens normalmente ficam calvos, chegando até mesmo a perder totalmente o cabelo (PAPALÉO-NETTO, 2004).

As glândulas salivares, devido à menor irrigação produzem menos saliva comprometendo a deglutição, bem como a própria digestão, tornando-a mais lenta e difícil (GONÇALVES, 2010).

O olfato também diminui após os 70 anos e sua perda está ligada, também, à irrigação das terminações nervosa das narinas, consequência da arterosclerose (PAPALÉO-NETTO, 2004).

Entretanto, o próprio Gonçalves (2010) salienta que a arterosclerose por si só não provoca todas essas alterações, e que o mais provável é que

fatores como o fumo, enfermidades e exposições a fatores ambientais possam ser os responsáveis pelas mesmas (GONÇALVES, 2010).

Segundo Papaléo-Netto (2004, p.4), “o enfraquecimento do tônus muscular e da constituição óssea leva a mudanças na postura do tronco e das pernas, acentuando ainda mais as curvaturas da coluna torácica e lombar”.

O tato fino ou epicrítico está alterado, bem como as sensações de dor, vibração, frio, calor e pressão. Assim, muitas vezes, acidentes acontecem devido à falta de interpretação adequada aos estímulos (GONÇALVES, 2010).

“As articulações tornam-se mais endurecidas, reduzindo assim a extensão dos movimentos e produzindo alterações no equilíbrio e na marcha” (PAPALÉO-NETTO, 2004, p.5).

Outro fato causador de quedas seria a alteração na capacidade de perceber a localização do corpo em relação ao solo, ocasionando desequilíbrios e acidentes (GONÇALVES, 2010).

“Quanto ao sistema cardiovascular, é próprio das fases adiantadas da velhice a dilatação da aórtica e a hipertrofia e dilatação do ventrículo esquerdo do coração, associados a um ligeiro aumento da pressão arterial” (PAPALÉO-NETTO, 2004, p.5).

A absorção de substâncias como as vitaminas do complexo B, cálcio, fósforo e magnésio, consideradas importantes para a manutenção de um organismo saudável, também se torna prejudicada (GONÇALVES, 2010).

Além das alterações ressaltadas anteriormente, não se pode negar que é nesse período que se tem uma prevalência de doenças crônicas associadas a limitações físicas, lapsos de memória, sintomas depressivos, perdas sensoriais, quedas e isolamento social. Grande parte dos idosos é portador de pelo menos uma doença crônica não transmissível (RAMOS, 2003).

Ainda existem, porém, pessoas com 90 anos de idade capazes de realizar a grande maioria das atividades do seu cotidiano, enquanto outras, aos 60 já perderam praticamente todas as habilidades na realização das atividades diárias. Com relação a esses aspectos, essas alterações ocorrem, dependendo do indivíduo, em velocidades e em tempos diferentes (SHESPHARD, 2003).

Diante de tantas informações preocupantes, não se pode pensar nessas alterações como algo negativo ou preconceituoso. Sabe-se que a prática de atividade física, associada a uma alimentação equilibrada, podem contribuir com a manutenção das funções do organismo dentro dos padrões da normalidade (PAPALÉO-NETTO, 2004).

Avanços na neurociência têm evidenciado que pessoas idosas, com uma vida social ativa, apresentam capacidade de aprendizagem semelhante à de indivíduos com 30 ou 40 anos, ressaltando a importância dos exercícios mentais para a plasticidade cerebral e a manutenção dessa capacidade de aprendizagem (GONÇALVES, 2010).

Antes, este tipo de informação era inaceitável, pois, acreditava-se que ao alcançar a idade adulta com um desempenho intelectual máximo, inicia-se, a partir de então, uma gradativa redução da capacidade de adaptação e desempenhos físico e mental (GONÇALVES, 2010).

2.2 Gastos em saúde e efeitos do envelhecimento populacional

Os determinantes e condicionantes dos problemas de saúde existentes são de caráter multidimensionais e complexos, ou seja, os aspectos relacionados à saúde não se restringem apenas à ausência de doenças (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

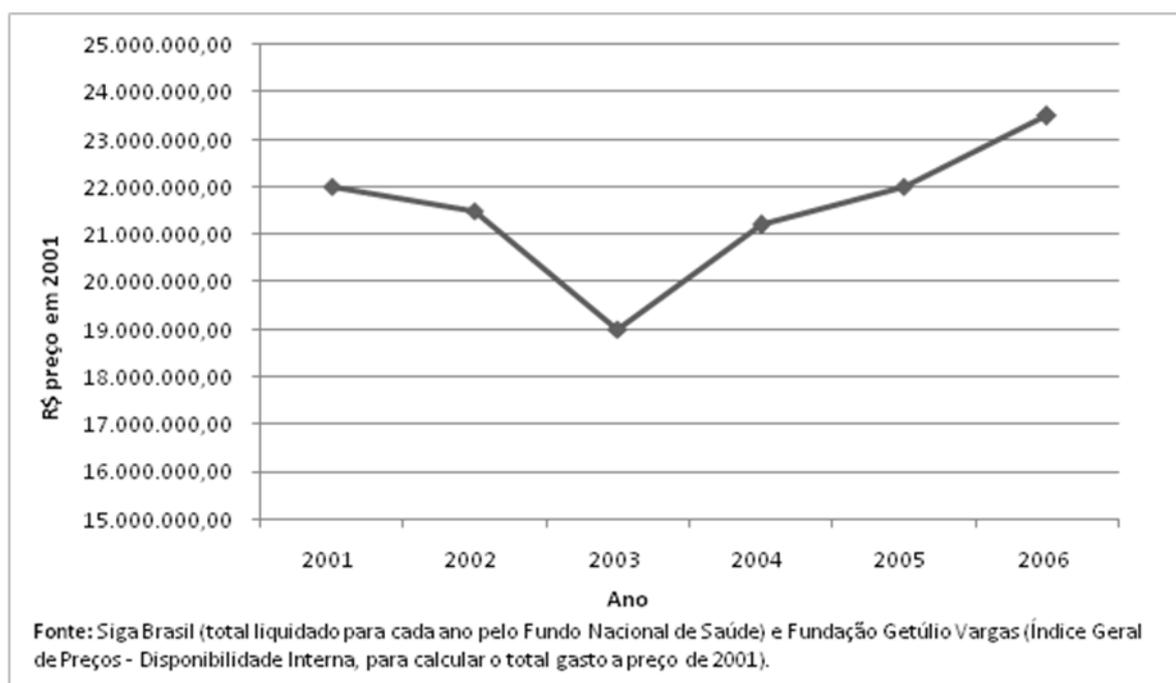
Para a resolução dos problemas de saúde existentes é necessária a implementação de políticas públicas de saúde abrangentes e integradas, pois, sabe-se que as demandas por serviços de saúde são grandes, e as necessidades infinitas (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

Assim, mesmo que se identificassem quais as políticas públicas eficazes e capazes de satisfazer, integralmente, as necessidades de saúde da população, não seria possível implementá-las, devido à escassez dos recursos disponíveis. As necessidades de saúde da população estão sempre muito além dos recursos disponíveis para satisfazê-las (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

Segundo Ferraz e Vieira (2009), a escassez de recursos a que se refere não significa que não haja investimento financeiro em saúde. Ao contrário, o Estado brasileiro vem investindo cada vez mais em saúde. Porém, ainda se gasta pouco e mal, quando comparado a outros países.

O Brasil vem investindo de forma ineficaz, repercutindo em menores resultados práticos, a partir do que é visto nos indicadores de saúde relacionados aos serviços. Os gastos *per capita* no Brasil, em 2004, foram 41% menores do que os gastos do Reino Unido e 52% menores que os do Canadá” (FERRAZ; VIEIRA, 2009, p.230).

Figura 1 – Apresenta a evolução do gasto do Ministério da Saúde em nosso país de 2001 a 2004



Fonte: Ferraz e Vieira (2009)

Para Newdick (2005 *apud* FERRAZ; VIEIRA, 2009), a saúde é um bem fundamental e de grande valor, porém, não é o único bem de que a sociedade necessita. A saúde termina por disputar com outros bens, também importantes, e que o Estado tem o dever de garantir. Alguns exemplos são: a educação, segurança pública, a cultura entre outros.

Os recursos destinados à saúde são limitados e o objetivo de se planejar gastos não seria dispor quantias crescentes aos serviços de saúde, mas de conseguir o máximo de benefícios sem, contudo, aumentar os gastos, ou até mesmo de manter os gastos, aumentando os benefícios. É necessário priorizar para que se consiga alcançar melhoria na prestação da assistência dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002; SILVA, 2004).

Os gastos em saúde podem ser caracterizados como públicos e privados. Os públicos se referem à destinação de recursos dos cofres públicos para o sistema de saúde que deverá ser ofertado a toda a população, e os privados estão relacionados ao custeio direto dos serviços e insumos pela própria população (SANTOS, 2009).

Assim, o aumento desses gastos em um país, como o Brasil, é de extrema importância, pois se tem um sistema de serviços de saúde com a destinação de recursos públicos e caráter universal (RODRIGUES; AFONSO, 2012).

Fatores associados à oferta de serviços e à demanda em saúde podem influenciar tanto no aumento como na diminuição desses gastos. Os relacionados à oferta destacam-se o “progresso tecnológico, a inflação no setor saúde e políticas de acesso e custos desses serviços” (LEE; MILLER apud RODRIGUES; AFONSO, 2012, p.485).

A demanda está coadunada ao envelhecimento populacional, a cobertura dos serviços ofertados e ao estado geral de saúde da população (RAITANO, 2006 apud RODRIGUES; AFONSO, 2012).

Um dos principais desafios dos sistemas de saúde é a administração da elevação dos gastos com a utilização desses serviços, pois o aumento desproporcional do mesmo poderá comprometer a sustentabilidade financeira do sistema de saúde, refletindo também nas finanças públicas do país de forma geral (ANTOLIN; SUYKER, 2001; FOGEL, 2009; RODRIGUES; AFONSO, 2012).

A OMS (1976 apud SILVA, 2004, p. 566) destaca outros fatores que também podem influenciar no aumento desses gastos em saúde: “[...] causas demográficas, necessidade de pessoal de saúde, qualidade dos serviços, exigências dos cidadãos, mudanças do quadro epidemiológico, organização e estrutura do sistema de atenção sanitária e extensão da cobertura.”

Considerar-se-ão aspectos relacionados à demanda, ou seja, ao processo de envelhecimento e à necessidade por serviços de saúde, visto que esses são fatores importantes para o aumento dos gastos nos sistemas de saúde. Considera-se o fato de haver uma relação positiva entre o aumento da idade cronológica e os gastos em saúde. Projeções padrões de gastos por

idade indicam uma curva com formato de um J, confirmando esta relação positiva (NUNES, 2004).

O aumento dos gastos com a idade, associado ao aumento considerável do número de idosos, pode prever um aumento dos gastos em saúde fazendo com que essa quantia gasta se torne uma parcela significativa do Produto Interno Bruto (PIB) (NUNES, 2004).

No Brasil, um estudo realizado por Kilsztajn *et al.* (2003) estima que o gasto real com saúde em 2050 seria responsável por 10,7% do Produto Interno Bruto (PIB), um crescimento de 30% em relação ao ano de 1998.

Projeções realizadas neste primeiro quarto de século justificam as preocupações de vários países desenvolvidos com o processo de envelhecimento populacional, quanto à necessidade de se ter que atender a uma demanda cada vez maior de recursos de saúde (PAPALÉO-NETTO, 2002).

O envelhecimento da população traz sérias consequências para a sociedade, principalmente no que diz respeito ao aumento de gastos sociais e entre esses se encontram os gastos com saúde (SAAD, 1990).

Essa preocupação não é recente. Muitos países que vivenciaram um fenômeno ocorrido no Pós-Segunda Guerra Mundial, também conhecido como *baby boom*, ou seja, o grande aumento na fecundidade em mulheres no Pós-Guerra levou a um aumento considerável no número de nascimentos. Essa coorte é formada por idosos que completaram 60 anos a partir de 2010. A expansão demográfica causada por esse aumento no número de idosos nos traz sérias consequências (SAAD, 1990).

Associado, ainda, a este fato tem-se a diminuição da taxa de mortalidade infantil no período Pós-Segunda Guerra Mundial, atingindo também os adultos. Essa redução da mortalidade atinge os idosos somente a partir dos anos 1980. Esse fato também veio a contribuir com o aumento da expectativa de vida.

Tem-se, portanto, não só um aumento do grupo de idosos em relação a outros grupos, em outras faixas etárias, como também uma expansão da faixa etária dos que são considerados muito idosos (CARAMANO *et al.*, 2004).

De acordo com o Censo Demográfico de 2000, tem-se “24,5 mil pessoas com mais de 100 anos de idade” no Brasil. E a perspectiva entre os gerontólogos é que esse número só venha a crescer, como resultado de mortes mais tardias e cada vez mais próximas ao limite biológico. De acordo com projeções, espera-se que a esperança de vida continue crescendo e que a taxa de mortalidade diminua (CARAMANO *et al.*, 2004).

A intensidade com que o envelhecimento vem acontecendo, principalmente nos países em desenvolvimento, tem levado a um aumento do volume de gastos no setor saúde (ZWEIFEL *et al.*, 1999).

Segundo Silva (2013, p. 541), entre os fatores responsáveis por essa expansão da população idosa está “a diminuição dos índices de mortalidade por doenças infecciosas, bem como a diminuição acentuada da taxa de fertilidade.”

Ainda de acordo com o autor supracitado:

[...] essas alterações são resultados do processo de industrialização e urbanização, do aumento da renda bruta dos indivíduos, de um maior acesso à educação, lazer e do aumento de tecnologias médicas e em saúde pública. (SILVA, 2013, p.541).

Associado a esse processo, surgem preocupações relacionadas a questões que envolvem também a aposentadoria e o surgimento de serviços de saúde adequados que satisfaçam as novas demandas dessa população, bem como o seu financiamento (BERENSTEIN; WAJNMAN, 2008).

Essa parcela da população que se encontra em processo de envelhecimento, principalmente a que surgiu na época do *baby boom*, caracteriza-se por ser politicamente influente e reivindicatória dos seus direitos. Porém, ainda o faz de forma incipiente, apesar de reconhecerem os deveres do Estado em prestar uma assistência abrangente e de qualidade (BERENSTEIN; WAJNMAN, 2008).

Essa transição demográfica direciona também a uma transição epidemiológica, que se caracteriza como uma alteração do perfil epidemiológico. Ocorre uma diminuição dos casos de doenças infecciosas e parasitárias, e um aumento das doenças comuns em pessoas idosas, como doenças crônico-degenerativas e problemas comuns nesta faixa etária como quedas e as suas possíveis complicações.

Silva (2013) relata que essa transição epidemiológica a qual caracteriza como 'protraída e polarizada' vem marcada pela recessão econômica e pelo aumento das desigualdades entre as populações e classes sociais. Portanto, além das doenças crônicas subsistem as doenças transmissíveis, ou as conhecidas como emergentes, como é o caso da dengue, aqui no Brasil.

Esse fato traz sérias implicações no campo econômico, em consequência dos altos custos que lhes são atribuídos (SILVA, 2013).

Os problemas ligados ao envelhecimento, geralmente, necessitam de um tempo longo de tratamento, são anos de utilização de medicamentos, consultas médicas e internações longas. Tudo isso onera, consideravelmente, os cofres públicos.

Silva (2010) salienta em seu estudo que, grande parte da renda de pessoas idosas é gasta com medicamentos ou com a utilização de serviços médicos.

O aumento dos gastos em saúde pela utilização desses serviços por pessoas idosas está relacionado, também, segundo Cutler e Meara (1998), a um maior uso de serviços de saúde que demandam uma alta densidade tecnológica.

Contudo, o aumento na expectativa de vida da humanidade está ligado à melhoria do estilo de vida das pessoas, e uma das suas principais consequências, como já foi relatado anteriormente, é a mudança no perfil epidemiológico (POL; THOMAS, 2000).

Portanto, para se realizar uma análise das condições de saúde de uma população se faz necessário, antes, uma avaliação da composição demográfica (POL; THOMAS, 2000).

O aumento dos gastos, como consequência do aumento do número de pessoas idosas, representa um grande impacto em projeções futuras de gastos em saúde, devendo este fato ser considerado no planejamento e na gestão de serviços de saúde.

A ascensão na curva de crescimento dos gastos com o aumento da idade é explicado por Buchner (2004 *apud* SHEINER, 2004) e Miller (2001) e conhecido como *steeping* (aumento da inclinação). Segundo essa explicação, o aumento dos gastos é diretamente proporcional ao aumento da idade das

peessoas, ou seja, quando mais velhas as pessoas, maiores serão as despesas quando comparados a grupos etários mais novos.

Alguns autores que encontraram essa realidade em seus estudos como Cutler e Meara (1998), analisaram a evolução das despesas nos Estados Unidos entre as décadas de 1950 e 1980. Eles perceberam que também existia um aumento nos gastos em grupos etários mais novos como os recém-nascidos, possivelmente, devido ao uso mais intenso de tecnologias de alto custo nessas faixas etárias.

Outros atores, como Sheiner (2004) e Miller (2001), encontraram, principalmente, em países desenvolvidos, em que se tinham sistemas de saúde mais avançados, no emprego de tecnologias, uma diferença considerável de gastos entre os próprios idosos. Foi identificado que entre a própria faixa etária de idosos, ou seja, em pessoas com 60 anos ou mais, havia uma diferença nos gastos com a utilização de serviços de saúde. Segundo esses autores, pessoas menos idosas (60 a 75 anos) necessitam de serviços com uma maior densidade tecnológica do que indivíduos com idade acima de 75 anos.

Assim, quanto maior a idade, a partir dos 75 anos, menores seriam as despesas com serviços de saúde, pois, de acordo com essa lógica, pessoas mais idosas necessitavam de menos tecnologias em seus tratamentos, tornando-se esses, menos agressivos (SHEINER, 2004; MILLER, 2001).

Entretanto, Spillman (2004) argumenta que, se durante o processo de envelhecimento existisse uma maior preocupação com a melhoria das condições de saúde dos idosos, o impacto do envelhecimento sobre os gastos seria menor, onerando menos os cofres públicos.

Isso parece óbvio. Um exemplo disso está na Inglaterra, que, ao contrário do que ocorre em países como Japão, Canadá e Estados Unidos, tem-se observado uma diminuição nos gastos *per capita* da saúde dos idosos (BERENSTEIN; WAJNMAN, 2008).

Em contrapartida, nos países em desenvolvimento, apesar desse processo de transição demográfica ter começado de forma tardia, vem evoluindo rapidamente, e sem tempo para uma melhor estruturação do sistema. O Brasil já vem enfrentando o “problema” do envelhecimento da população há algumas décadas (BERENSTEIN; WAJNMAN, 2008).

Como consequência desse processo, e de acordo com Saad (1990) e Silva (2013), emerge uma coexistência e uma superposição de problemas de saúde, bem como uma maior responsabilidade dos serviços na prestação da assistência.

Devido à sua extensão e grande heterogeneidade, de forma dicotômica, o Brasil pode ter características típicas de países desenvolvidos em algumas regiões, apresentando características próprias de países em desenvolvimento em outras, como é o caso de regiões com níveis socioeconômicos desfavoráveis.

Do mesmo modo, pode-se referir aos serviços assistenciais de saúde existentes, nos quais diariamente convivem, grupos etários distintos cada um apresentando demandas específicas.

Portanto, percebe-se que o perfil de morbidade da população e a estrutura dos gastos em saúde variam, não somente de acordo com a faixa etária da população, mas também depende das condições sociais e econômicas e do acesso a serviços de saúde de cada região.

Segundo Neri (2011, p. 14), “os idosos, no Brasil, sofreram e continuam sofrendo com a precariedade dos recursos de natureza econômica, educacional, médica, habitacional e ecológica.”

A situação se agrava nos casos de países em desenvolvimento, pois, os mesmos, vivenciam atualmente os desafios e os impactos já sofridos por nações europeias, porém, em uma velocidade maior e em um tempo menor e com piores condições sociais e econômicas (PAPALÉO-NETTO, 2002).

Pretende-se, assim, repensar práticas e estratégias de saúde, para que se consiga minimizar gastos provocados pelo aumento no número de pessoas senis na sociedade, sem, contudo, diminuir a qualidade dos serviços prestados. E, assim, ainda, realizar de forma indireta uma avaliação da eficácia dos serviços de atenção primária prestados aos idosos nessa região, através de um novo indicador, também conhecido como causas de internações por condições sensíveis às ações da atenção primária.

Vale destacar, ainda, que a política social vigente, parece estar bem mais preparada para reparar o dano (trabalhar a cura) do que estimular ou investir na promoção da saúde e na prevenção de doenças.

Isso pode ser demonstrado com o modelo assistencial de saúde ainda hegemônico no Brasil, que, em parte, é baseado na demanda espontânea, ou melhor, na doença. Em outras palavras, a busca por serviços de saúde é quase sempre determinada pela instalação de algum processo patológico.

Diante do exposto, acredita-se que a assistência à saúde, bem como os gastos despendidos com ela, deverão ser planejados, priorizando os principais problemas de saúde existentes e as necessidades sinalizadas pela população. Com relação à distribuição desses serviços, o mesmo deverá ser realizado, prioritariamente, de forma equânime e de acordo com os recursos disponíveis.

O controle e a eficiência dos gastos neste setor, associado ao estímulo e à ampliação de serviços relacionados com a promoção da saúde e a prevenção de doenças, são essenciais no sentido de diminuir as consequências relacionadas ao processo de envelhecimento.

2.3 Atenção primária em saúde e ICSAP: instrumento de avaliação

Muitos dos avanços percebidos no SUS são resultados de boas experiências vivenciadas na atenção primária. Esta vem sendo discutida por profissionais, gestores, membros da academia e trabalhadores de saúde no sentido de se conformar com a base principal do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2001).

Desde a conferência promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em Alma-Ata, em 1978, tem-se discutido a atenção primária em saúde a partir da identificação da meta "Saúde para todos no ano 2000". Outro ponto importante foi a definição da atenção primária como:

Uma atenção à saúde essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todos as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas do seu desenvolvimento, com espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (OMS, 1979).

Assim como no Brasil, países que têm sistemas de saúde universais como é o caso do Canadá, Nova Zelândia e alguns países da Europa, a

atenção primária, destaque especial nas “políticas de governo”, indo de encontro à fragmentação da assistência, as subespecializações médicas e a utilização de tecnologias avançadas, que muitas vezes interferem na utilização dos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

Cada país tem uma maneira própria de organizar o seu sistema, porém todos seguem os mesmos princípios, como: tem na atenção primária o primeiro contato, participando da coordenação da assistência; trabalha com uma área delimitada e segue a integralidade e longitudinalidade da atenção (BRASIL, 2001).

As últimas décadas foram marcadas por alterações no sistema de saúde brasileiro, com reformas em praticamente em todos os campos, incluindo a organização dos serviços, a maneira de se alocar e destinar recursos, e na forma que é prestada a assistência à saúde (ELIAS *et al.*, 2006).

Entretanto, vale pontuar que um dos problemas vivenciados no País com a atenção primária, foram as diversas interpretações existentes com relação ao termo. Na primeira metade da década de 1980, a atenção primária estava associada ao termo de “medicina simplificada”, direcionada principalmente às classes menos favorecidas o que levou a uma desorientação em relação ao que tinha sido proposto em Alma-Ata (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Aqui no Brasil, o Ministério da Saúde criou o termo “atenção básica para designar atenção primária, apresenta-se como uma reflexão da necessidade de diferenciação entre a proposta da saúde da família e a dos ‘cuidados primários de saúde’”. Sendo os cuidados primários em saúde interpretados como uma “política de focalização” e “atenção primitiva” (TESTA, 1987 *apud* BRASIL, 2001).

Associado a esse fato, surgem “concepções” e “práticas” diferenciadas que alternam de uma assistência de pobre para pobre até o alicerce de um sistema de saúde universal (BRASIL, 2001).

Os serviços de saúde baseados no modelo curativo e hospitalocêntrico têm dado sinais de esgotamento, surgindo a necessidade real de uma assistência integral capaz de alterar os perfis dos indicadores de saúde existentes (BRASIL, 2001).

As mudanças que ocorreram com a reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), em particular, a partir de 1994, com a instituição do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente ampliado para a atual Estratégia Saúde da Família (ESF) foram primordiais, no sentido de se dar uma ênfase maior à atenção primária (ANDRADE *et al.*, 2012).

Orienta-se, segundo Brasil (2001), pelos “princípios da universalidade, acessibilidade, e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social.”

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está “regulamentada pela portaria N^o 643 de 28 de março de 2006, e estabeleceu as diretrizes e normas que fundamentam a organização da atenção básica”, incluindo o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2001).

Segundo a PNAB, a atenção básica

caracteriza-se por ser um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2001).

Com a tentativa de reorientação do modelo assistencial, busca-se uma melhoria da qualidade da atenção associado à ampliação do acesso à atenção básica em todo o país (ANDRADE *et al.*, 2012).

Esta estratégia busca uma maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais, e tem produzido resultados positivos no que se refere à avaliação dos serviços de saúde por gestores, profissionais e usuários. Percebe-se melhoria substancial na qualidade das ações de saúde, no acesso aos serviços, além de uma redução significativa das taxas de mortalidade, especialmente a infantil (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Vários estudos têm constatado o impacto positivo que o avanço e a expansão da atenção primária, na lógica da ESF, demonstrando melhorias significativas para a saúde da população (BRASIL, 2005; MACINKO *et al.*, 2006).

Surge, assim, a importância de se avaliar os serviços de saúde existentes, através do uso de indicadores sensíveis que possam contribuir com

a elaboração de políticas públicas e busquem um melhor desempenho dos serviços de saúde em relação à prestação de uma assistência de qualidade (TURCI *et al.*, 2012).

Esses indicadores são úteis na identificação dos problemas de saúde de uma região, na avaliação de tendências ao longo do tempo e das disparidades de oferta de serviços entre áreas ou subgrupos populacionais (TURCI *et al.*, 2012).

No âmbito internacional, alguns países vêm utilizando indicadores da atenção secundária e terciária para avaliar a efetividade das ações da atenção básica, principalmente no que se refere ao acesso e à qualidade dos serviços (TRAVASSOS; NOVAIS, 2004; ANSARI *et al.*, 2006).

“Um desses indicadores é conhecido como *Ambulatory Care Sensitive Conditions* e foi desenvolvido na década de 1990, nos Estados Unidos, surgindo como corolário do conceito de mortes evitáveis” (ALFRADIQUE *et al.*, 2009, p.1337).

Tem sido recomendado, desde o ano 2000, pela *Agency for Healthcare Research and Quality's* (AHRQ) e vem sendo utilizado pelos países da Organização para a Cooperação do Desenvolvimento Econômico (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

A institucionalização do uso de indicadores como as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) faz parte de uma estratégia para aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde, por autoridades nacionais, estaduais e locais, buscando avaliar a rede de atenção primária em saúde (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Parte-se da premissa, como já referido na introdução deste estudo, de que uma atenção básica de qualidade pode interferir de forma positiva nas condições de saúde da população, evitando doenças e reduzindo o agravamento delas (MACINKO *et al.*, 2006).

A realização de atividades consideradas como próprias da atenção básica, como é o caso da prevenção de doenças, o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno, o controle e acompanhamento de patologias identificadas repercutem na redução das internações hospitalares (MACINKO *et al.*, 2006).

Dessa forma, uma atenção primária efetiva tem como consequência a redução do número de internações, que muitas vezes ocorrem ou por

complicações de afecções não tratadas da maneira correta, ou quando a intervenção é feita tardiamente, contribuindo para o aparecimento das formas graves dessas condições (MACINKO *et al.*, 2006).

Altas taxas de ICSAP se correlacionam com dificuldades de acesso aos serviços e uma resolutividade deficientes deles (BERMUDEZ; BAKER, 2005).

Trata-se, portanto, de uma valiosa ferramenta ou instrumento de gestão para o planejamento e avaliação de serviços de saúde, que precisa ser apreciada, quando se pretende monitorar as condições de saúde de uma determinada população (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

No Brasil, por solicitação do Ministério da Saúde, grupos acadêmicos se reuniram e elaboraram uma lista com as causas de internações consideradas sensíveis às ações da atenção primária. Essa lista é composta por grupos de diagnósticos considerados por especialistas como evitáveis, no caso de uma assistência de qualidade e oportuna da atenção primária.

Após a sua conclusão, a lista foi publicada como anexo, na Portaria Nº 221, de 17 de abril de 2008, e se caracteriza por possuir 20 grupos de diagnósticos da CID-10, sendo 123 códigos com três dígitos, e 10 com quatro dígitos.

O marco conceitual seguido para a elaboração dessa lista de condições sensíveis foi o modelo proposto por Caminal-Homar e Casanova-Matutano, com adaptações à realidade brasileira (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

De acordo com esse modelo, algumas condições de saúde são influenciadas de forma positiva por ações da atenção primária resolutivas, e de boa qualidade, de maneira a evitar episódios de internações, bem como a redução da sua frequência (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Encaminhamentos somente deverão ser feitos em casos que ultrapassem a competência da atenção primária, e nesses casos, se faz necessário acompanhamento e coordenação dos cuidados prestados a esses pacientes, mesmo em outros níveis de atenção. O objetivo é de integrar os cuidados em diferentes serviços (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

No Brasil, até então, não existiam indicadores que fossem capazes de avaliar, com base em dados secundários, o impacto da estratégia saúde da família para o sistema nacional de saúde (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Segundo Alfradique *et al.* (2009), neste País investigações sobre tais interações são ainda incipientes, embora elas sejam cogitadas para estratégias de monitoramento do desempenho da Estratégia Saúde da Família (ESF) em alguns Estados e municípios, entre eles Minas Gerais, Ceará e Curitiba.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar gastos federais e internações de idosos no SUS, por grupos de condições sensíveis às ações da atenção primária, no estado do Ceará, no período de 2000 a 2011.

3.2 Específicos

- Apresentar dados demográficos relativos a idosos internados por condições sensíveis às ações da atenção primária.
- Identificar, através da literatura, os principais indicadores de avaliação da atenção básica (oferta de serviços de saúde, condições de vida e internações).
- Descrever gastos e taxas de internações de idosos no SUS, por condições sensíveis e não sensíveis às ações da atenção primária.
- Testar a existência de associação entre gastos e os principais indicadores de avaliação da atenção primária.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo ecológico, quantitativo, com abordagem descritiva e analítica. No estudo ecológico, a unidade de análise é a população que, geralmente, pertence a uma área definida. Assim, é possível fazer comparações com relação à ocorrência de doenças e à exposição de interesse entre os agregados (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

4.2 Local e período

Este estudo abrange as internações realizadas e pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), nos vários hospitais públicos e privados do estado do Ceará, segundo as estratificações de macrorregião e Coordenadorias Regionais de Saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada regional, no período de 2000 a 2011, o qual foi subdividido em quatro triênios (2000 a 2002; 2003 a 2005; 2006 a 2008; e 2009 a 2011). A escolha de se trabalhar por triênios teve o intuito de reduzir as variabilidades anuais que poderiam existir.

Até 2011, o Estado apresenta 184 municípios e população de 8.547.750 habitantes (IBGE, 2010).

“A partir do ano 2000, as regiões assistenciais do setor saúde foram redimensionadas, sendo subdivididas em três macrorregiões – Fortaleza, Sobral, Cariri –, e 21 regiões de saúde” (ARRUDA *et al.*, 2010, p.121).

A partir de 2011, foi aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) um novo desenho do Plano Diretor de Regionalização (PDR) acrescentando a macrorregião do Sertão Central e a microrregião de saúde de Cascavel (que ainda encontra-se vinculada à microrregião de Fortaleza), contabilizando, portanto, desde então, quatro macrorregiões e 22 microrregiões de saúde no Estado.

As microrregiões de saúde são espaços territoriais geográficos bem definidos, compostos por um conjunto de municípios que compartilham

serviços com o intuito de formar uma rede de assistência à saúde integrada (ARRUDA *et al.*, 2010).

As macrorregiões garantem à população adstrita uma assistência médica de alta e média complexidade, com profissionais capacitados e infraestrutura de serviços capazes de atender às necessidades da população (ARRUDA *et al.*, 2010).

Quanto às características de oferta de serviços de saúde no Estado, têm-se 7.328 estabelecimentos de saúde, sendo 2.737 públicos, o que corresponde a 37,3%, e 4.591 privados, representando 62,7% do total. Esses serviços oferecem um total de 19.814 leitos, sendo 15.776 do SUS, que correspondem a 79,62%, e 4.038 privados (20,38%), não conveniados (CNES *apud* ARRUDA *et al.*, 2010).

4.3 População e amostra

A população foi composta por todas as internações realizadas pelo SUS nas instituições hospitalares no estado do Ceará no período. Fizeram parte da amostra ou população (neste caso coincidem) as internações de idosos por condições sensíveis e não sensíveis às ações da atenção primária no Estado.

Fizeram parte do estudo todas as internações existentes no sistema do DATASUS de idosos por condições sensíveis e não sensíveis às ações da atenção primária no Estado.

4.4 Critérios de inclusão

Internações de pessoas idosas por causas sensíveis às ações da atenção primária realizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2011, dispostas no *site* do DATASUS.

4.5 Critério de exclusão

Internações de pessoas com mais de 60 anos não residentes no estado do Ceará; internações de pessoas idosas que não geraram AIH; casos de internação em idosos que tiveram AIH rejeitada e, portanto, não constantes no sistema do DATASUS.

4.6 Instrumento e técnica de coleta de dados

Os dados da pesquisa foram obtidos, a partir de fonte secundária através do Sistema de Informação de Internações Hospitalares (SIH), do Ministério da Saúde, disponíveis no *site* do DATASUS (<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>), do Departamento de Atenção Básica (DAB), através do *site* <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Instituto de Pesquisa e Estratégias Econômicas (IPECE).

Para que se possa compreender como as informações contidas nas fichas de AIH chegam ao sistema de informação do Datasus e qual seria a sua utilidade, é necessário explicar o caminho que essas informações percorrem até o seu destino final, como se descreve a seguir.

Em cada internação ocorrida no SUS é preenchido um formulário de AIH que contém informações relativas ao hospital que efetuou a internação, dados de identificação do paciente, causa da internação, valor pago pelo procedimento, entre outros. Após preenchidos, os formulários são utilizados para alimentar o SIH.

Esses formulários referem-se aos procedimentos realizados em internações hospitalares financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BERENSTEIN; WAJNMAN, 2007).

Um formulário pode ser caracterizado como uma estrutura de um documento pré-impresso, no qual são preenchidos os dados e informações.

Os estabelecimentos hospitalares enviam as informações contidas nas AIH para os gestores municipais ou estaduais, os quais as utilizam para o acompanhamento dos procedimentos realizados durante o período de internação do paciente e para o pagamento aos prestadores dos serviços. Essas informações são processadas pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), gerando os créditos referentes aos serviços prestados e formando a base de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS.

Os dados foram retirados dos relatórios obtidos no Sistema de Informações Hospitalar (SIH/SUS/DATASUS) com o auxílio do programa *Tabwin* versão 3.2 (arquivos reduzidos em formato de DEF) e organizados em

planilhas do *software Excel*. Estas foram exportadas ao SPSS criando o banco de dados de forma consonante com os objetivos propostos pela pesquisa.

As planilhas continham nas linhas os grupos de causas de internações por condições sensíveis e nas colunas números de internações e os valores gastos por ano de registro (2000 a 2011), subdivididos em triênios (modelo no apêndice), sendo especificadas de acordo com o grupo e derivações as quais pertencem, junto aos códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID)-10. Em outras, a organização foi a seguinte: nas linhas foram registrados os anos e nas colunas as variáveis de interesse por região de saúde.

Informações relativas a taxas e o valor das ICSAP (subdividindo-as por gênero, faixa etária), frequência absoluta de internações por ICSAP, localização dessas internações em relação às regiões e macrorregiões de saúde e média de permanência foram algumas das informações obtidas e utilizadas nos resultados.

Foram identificados também os números absolutos de óbitos por essas causas, para posterior cálculo das taxas de letalidade, relativos aos quatro triênios da pesquisa.

Consideram-se causas sensíveis as denominações dos relatórios que apresentem pelo menos um código “comum” com os dados referentes às causas por condições sensíveis. Um exemplo disso é o caso da Tuberculose miliar na qual aparece com os seguintes códigos: A19 – Tuberculose miliar; A19.0 - Tuberculose miliar aguda de localização única e específica; A19.1 - Tuberculose miliar aguda de múltiplas localizações; A19.2 - Tuberculose miliar aguda não especificada; A19.9 - Tuberculose miliar não especificada. Ou seja, na presença de pelo menos um desses códigos a causa principal já será considerada.

A partir desses dados, foram identificados os gastos com internações, fazendo-se um levantamento da quantia repassada pelo SUS às redes hospitalares públicas que conformam a rede de serviços da atenção secundária e terciária que compõem as quatro macrorregiões e as 22 regiões do Estado do Ceará.

Consideram-se, neste estudo, limitações relacionadas à utilização do banco de dados do DATASUS, pois, a partir deste, uma pessoa poderá ser

internada várias vezes obtendo mais de um registro; este fato poderá levar a um número superestimado de internações. Outro elemento importante é o fato das hospitalizações serem relativas apenas às realizadas e pagas pelo SUS, restringindo a amplitude dos seus resultados. Merece destaque o fato de não se considerar os gastos custeados de forma direta pelos indivíduos e famílias.

Acredita-se, porém, na importância da utilização deste banco de dados nacional e disponível para consulta de toda a população. O mesmo se apresenta como uma ferramenta ou instrumento de gestão útil no planejamento, bem como para subsidiar a formulação de políticas de saúde públicas, a partir da identificação de problemas existentes na rede de atenção à saúde.

4.7 Variáveis do estudo

Todos os dados foram obtidos, como relatado anteriormente, através dos bancos de dados do DATASUS, DAB, IPECE (IDB 2011) e IBGE.

As variáveis foram divididas em cinco grandes áreas:

1. Dados populacionais/demográficos: os mesmos foram subdivididos em sexo, idade (estratificação em faixas etárias de dez anos), regionais e macrorregião de saúde.
2. Variáveis socioeconômicas: renda média domiciliar *per capita*; proporção de domicílios com esgotamento sanitário adequado; índice de gini da renda média domiciliar *per capita*; taxa de desemprego; PIB *per capita*; proporção de domicílios com abastecimento de água adequado; percentual de pessoas em extrema pobreza;
3. Indicadores de condições de vida: esperança de vida ao nascer, taxa de mortalidade infantil e taxa de letalidade por ICSAP.
4. Oferta de serviços de saúde: taxas de leitos em hospitais públicos por 1.000 habitantes; percentual da população coberta por planos de saúde; estimativa da população coberta por ESF; profissionais médicos por 1.000 habitantes.
5. Internações hospitalares: proporção de internações de idosos por estratificação de faixa etária e sexo; taxas de internações por condições sensíveis e não sensíveis; média de permanência na internação.

6. Gastos Federais com internações por ICSAP como uma variável desfecho (dependente): alocação regional de recursos de acordo com as ICSAP no Estado / por região e macrorregiões. Estes gastos foram deflacionados pelo IGPM utilizando como ano base 2011.

4.8 Técnicas de análise e interpretação dos dados

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados e analisados com o auxílio do programa estatístico SPSS (versão 20.0).

Utilizou-se a Lista Brasileira por Condições Sensíveis às Ações da Atenção Primária, de acordo com a Portaria Nº. 221/2008. Devido à proposta deste estudo incluir apenas pacientes idosos, foi necessário excluir um dos blocos de doenças, visto que ele se relaciona a doenças relativas ao parto e puerpério.

Quadro 1 – Relação explicativa entre os objetivos específicos determinados e às variáveis do estudo

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIÁVEIS EXPLICATIVAS
1. Descrever dados demográficos relativos a idosos internados por condições sensíveis, no Estado do Ceará.	- Foi respondido pela descrição das variáveis populacionais ou demográficas, entre elas: gênero, faixa etária, regiões de saúde e macrorregiões de saúde.
2. Identificar os principais indicadores de avaliação da atenção básica (oferta de serviços de saúde, condições de vida e internações).	- Objetivo respondido pelas variáveis relativas à oferta de serviços de saúde, condições de vida e internações.
3. Descrever gastos, taxas de internações e letalidade em idosos, por condições sensíveis e não sensíveis.	- Esse objetivo foi respondido pelas variáveis contidas no grupo de variáveis denominado internações hospitalares.
4. Testar a existência de associação entre gastos e os principais indicadores de avaliação da atenção básica.	- Respondido com o uso dos grupos de variáveis relacionados à oferta de serviços de saúde e gastos com internações do SUS.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Os objetivos específicos foram explicados através das análises das variáveis explicativas e descrição dos seus dados.

Dados populacionais foram integrados aos dados da pesquisa, auxiliando nos cálculos das taxas de ICSAP e não ICSAP por 10.000 habitantes. Foi calculada também a proporção de ICSAP entre o total de internações por todas as causas.

Taxa de ICSAP = Número de ICSAP por ano e área geográfica/ população sob risco x 10.000 habitantes.

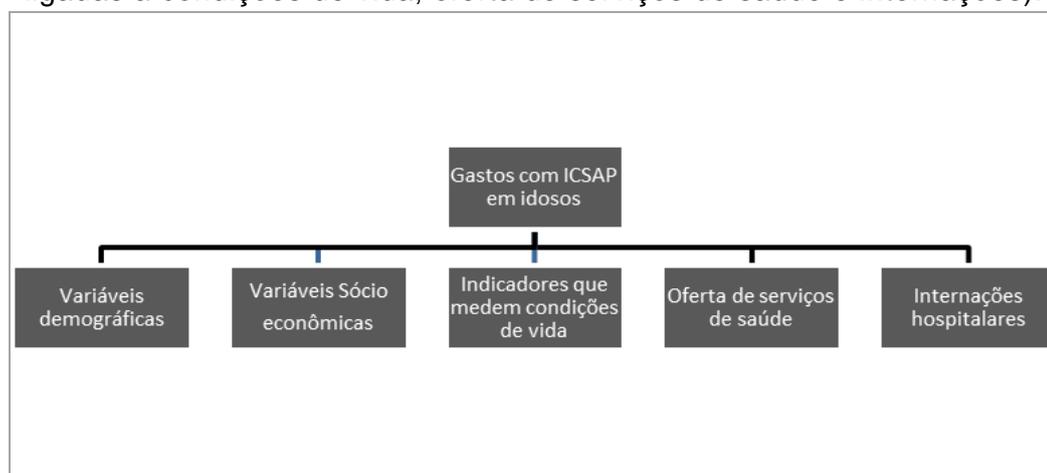
Taxa de Não ICSAP = Número de internações por todas as causas menos as ICSAP e partos por ano e área geográfica/ população sob risco x 10.000.

As análises descritivas foram realizadas para as variáveis valor gasto com ICSAP/ano e taxas de ICSAP/ano por meio das frequências (absolutas e percentuais) e parâmetros (média e desvio padrão).

Para as análises inferenciais foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis gastos (dependente) e os blocos de causas determinados, assumindo-se intervalo de confiança de 95%. Posteriormente, foram selecionadas as variáveis que apresentaram uma alta ou média correlação para a realização da regressão simples, entre as duas variáveis principais (valores gastos e taxas de ICSAP e as taxas). No decorrer da análise, foram encontradas correlações fortes ($> 0,90$) entre algumas variáveis, o que indicou a presença de multicolinearidade a partir desta análise outras variáveis também puderam ser excluídas.

E, finalmente, realizou-se testes de regressão linear simples através da qual pode-se identificar, através do coeficiente de determinação o quanto de cada variável explicaria o meu desfecho.

Figura 2 – Esquema da análise bivariada entre a variável de desfecho (custo de internações por condições sensíveis) e as variáveis explicativas (demográficas, ligadas a condições de vida, oferta de serviços de saúde e internações).



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

4.9 Aspectos éticos

Para elaboração da pesquisa, foram consideradas as recomendações da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta “pesquisas envolvendo seres humanos” do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e orientam sobre os procedimentos a serem utilizados quando se coleta informações (BRASIL, 2012).

Para tanto, utilizou-se o Termo de Fiel Depositário, no qual a Secretaria Estadual de Saúde foi notificada sobre as informações referentes ao estudo. Os responsáveis pelos sistemas estudados assinaram o termo de fiel depositário, ficando cientes de que a pesquisa será de caráter epidemiológico de base documental, assegurando-se confiabilidade e privacidade, sem possibilidade de identificação dos idosos internados.

Apesar deste estudo envolver a utilização de banco de dados secundários o mesmo foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), para apreciação ética através do *site* da Plataforma Brasil, obtendo parecer favorável (Nº. 370.566) e datado de julho de 2013 (Anexo A).

5 RESULTADOS

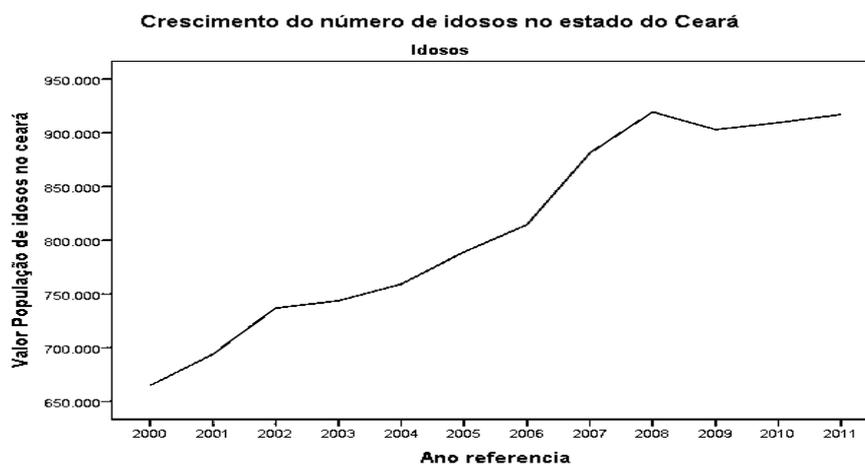
Os resultados foram discriminados inicialmente em relação às questões demográficas dos idosos (destacando especificamente a faixa etária e gênero), as quais foram analisadas de acordo com as regiões, macrorregiões de saúde e Estado. Posteriormente, foram expostos aspectos relativos às internações (públicas e privadas), incluindo as ICSAP, as quais foram analisadas com relação à frequência, locais de ocorrência e gastos, relatando os resultados por faixa etária de pessoas com mais de 60 anos. Questões sociais e econômicas foram abordadas na tentativa de se obter um diagnóstico situacional do Ceará, correlacionando-os assim com as variáveis frequência e gastos com ICSAP por essas internações preveníveis em idosos. Finalmente, trabalhou-se com testes estatísticos e regressão simples entre os blocos de variáveis escolhidos e relatados na metodologia.

5.1 Descrição dos dados demográficos relativos a idosos

No Estado do Ceará, observa-se um aumento do número de idosos, passando de 664.989 idosos, em 2000, para 917.199, em 2011, o que representa um acréscimo de 37,9% desse quantitativo em 12 anos.

Figura 3 – Crescimento do número de idosos no Estado do Ceará de 2000 a 2011

Fonte: DATASUS



Fonte: Datasus

Fonte: DATASUS

Na tabela 1, realizou-se uma análise por triênios sendo possível observar o crescimento do número de idosos de maneira geral, ultrapassando o percentual de 8,8% do total da população (primeiro triênio), para 10,3% (último triênio).

Tabela 1 – Censo de idosos por triênio e faixa etária, no Estado do Ceará no período de 2000 a 2001

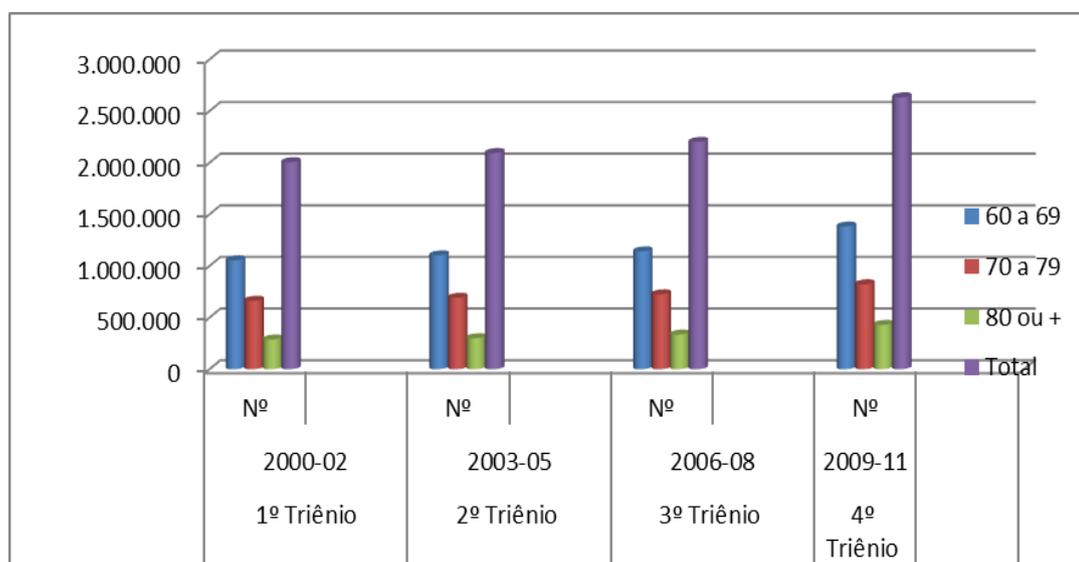
Grupos de idosos (em anos)	1º Triênio		2º Triênio		3º Triênio		4º Triênio	
	2000-02		2003-05		2006-08		2009-11	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
60 a 69	1.054.782	52,6	1.102.142	52,64	1.140.636	51,81	1.381.630	52,47
70 a 79	662.865	33,06	691.802	33,04	725.178	32,94	822.131	31,22
80 ou +	287.316	14,33	299.635	14,31	335.397	15,23	429.275	16,3
Total	2.004.963	8,88	2.093.579	8,92	2.201.211	9,02	2.633.036	10,38

Fonte: DATASUS

Observa-se o predomínio de idosos na faixa etária de 60 a 69 anos em todos os triênios, porém quando se analisa a variação percentual, a faixa etária que mais evolui com relação ao crescimento do número de idosos é a de 80 anos ou mais, oscilando de 14,33% no primeiro triênio, para 16,30% no último. Vale destacar ainda que nas faixas etárias de 60 a 69 e 70 a 79 anos, observou-se um decréscimo desses valores, apesar de discretos.

Para o cálculo dos percentuais de idosos em cada faixa etária foi utilizado como referência o total de idosos de cada triênio e para se calcular os percentuais totais, tomou-se como referência a soma da população residente no Ceará em cada triênio, segundo dados do IPECE (Anexo D).

Figura 4 – Distribuição da quantidade total e por faixa etária específicas de idosos, no Estado



Fonte: DATASUS

Na visualização da figura 4, percebe-se que foi utilizado o crescimento de idosos absolutos, confirmando a afirmativa anterior no que se refere à prevalência da faixa etária de idosos com 60 a 69 anos. Observa-se também que a coluna que representa os idosos com idades entre 70 a 79 anos permaneceu praticamente estável, sem alterações. Entretanto, as colunas representantes dos idosos com 60 a 69 anos e 80 anos ou mais foram as que demonstraram maiores diferenças no período.

Em todas as regionais observa-se aumento proporcional do número de idosos, acompanhado por uma maior prevalência de idosos do sexo feminino (tabelas 2 e 3).

A seguir, são apresentadas duas tabelas, referentes aos anos 2000 e 2011, que detalham o quantitativo de idosos, por região de saúde e gênero, detalhando-se os valores absolutos e relativos, além da quantidade total de idosos em cada localidade e da relação percentual com o quantitativo geral de idosos do Estado. Assim, percebe-se a contribuição de cada região com relação ao seu quantitativo de idosos, tomando como referência o estado.

Tabela 2 – Distribuição de idosos por sexo entre as regionais de saúde e sua variação em relação ao Estado no ano 2000

Região de Saúde	Distribuição de idosos por sexo				Total	
	Masculino	%	Feminino	%	Número total de idosos	% em relação as regiões
Fortaleza	61.450	36,3	101.698	60,1	169.148	7,4
Caucaia	15.645	47,7	17.086	52,2	32.731	7,1
Maracanaú	12.819	5,9	15.066	54	27.885	6,8
Baturité	6.462	49,4	6.606	50,5	13.068	10,5
Canindé	9.337	49,9	9.359	50	18.696	10,5
Itapipoca	10.266	49,4	10.483	50,5	20.749	9,1
Aracati	3.707	45	4.519	54,9	8.226	8,5
Quixadá	14.668	48,9	15.288	51	29.956	10,8
Russas	8.216	48,1	8.850	51,8	17.066	9,6
Limoeiro do Norte	9.720	47,5	10.709	52,4	20.429	10,1
Sobral	24.923	46,4	28.703	53,5	53.626	9,8
Acaraú	7.400	50,3	7.296	49,6	14.696	8,2
Tianguá	11.312	46,8	12.841	53,1	24.153	9,3
Tauá	5.558	50	5.545	49,9	11.103	10,4
Crateús	15.156	47,4	16.781	52,5	31.937	11,2
Camocim	5.540	48,4	5.902	51,5	11.442	8,2
Icó	8.882	48	9.589	51,9	18.471	11,2
Iguatu	15.171	48,1	16.333	51,8	31.504	11
Brejo Santo	9.033	46,3	10.452	53,6	19.485	10,1
Crato	13.991	45,6	16.664	54,3	30.655	10,2
Juazeiro do Norte	13.983	41,9	19.319	58	33.302	9,5
Cascavel	10.098	48,8	10.568	51,1	20.666	8,8
Total	293.337	-	359.657	-	658.994	-

Fonte: IBGE/PNAD

Das regiões de saúde descritas acima, as que se destacaram por possuir uma maior proporção de pessoas idosas, em relação à população de idosos do Estado, foram as regionais de Iguatu (11,0%), Icó (11,2%) e Crateús (11,2%). E as que apresentaram menor proporção foram Maracanaú (6,8%), Caucaia (7,1%) e Fortaleza (7,4%). Vale ressaltar que as três regiões que apresentaram menor quantitativo de idosos pertencem a uma só macrorregião de saúde.

Com relação às distribuições de idosos em 2011, tem-se o seguinte resultado:

Tabela 3 – Distribuição de idosos por sexo entre as regionais de saúde e sua variação em relação ao Estado no ano 2011

Regional de Saúde	Distribuição por Sexo				Total	
	Masculino	%	Feminino	%	Número total	% em relação às regiões
Fortaleza	103.486	39,7	157.165	60,2	260.651	9,8
Caucaia	24.061	46,5	27.647	53,4	51.708	9
Maracanaú	19.893	45,4	23.899	54,5	43.792	8,7
Baturité	7.560	47,7	8.258	52,2	15.818	11,7
Canindé	12.050	49	12.503	50,9	24.553	12,4
Itapipoca	14.193	49,1	14.694	50,8	28.887	10,4
Aracati	5.786	45,5	6.913	54,4	12.699	11,4
Quixadá	18.962	47,9	20.551	52	39.513	12,7
Russas	10.989	46,9	12.410	53	23.399	12,1
Limoeiro do Norte	13.044	47	14.664	52,9	27.708	12,6
Sobral	32.409	45,5	38.670	54,4	71.079	11,5
Acaraú	10.473	48,9	10.909	51	21.382	9,9
Tianguá	15.356	46,4	17.737	53,5	33.093	11
Tauá	7.549	48,8	7.899	51,1	15.448	13,8
Crateús	19.227	46,6	21.992	53,3	41.219	14,1
Camocim	7.403	47,2	8.265	52,7	15.668	10,3
Icó	11.142	46,5	12.793	53,4	23.935	14,1
Iguatú	20.581	47,5	22.715	52,4	43.296	13,9
Brejo Santo	11.925	45,8	14.095	54,1	26.020	12,5
Crato	19.046	45,3	22.952	54,6	41.998	12,6
Juazeiro do Norte	18.808	41,9	26.025	58	44.833	11,1
Cascavel	14.637	47,4	16.215	52,5	30.852	10,2
Total	418.580	-	518.971	-	937.551	-

Fonte: IBGE/PNAD

Em 2011, observou-se que Fortaleza (9,8%), Maracanaú (8,7%) e Caucaia (9,0%) cresceram nas proporções de idosos em relação ao ano de 2000 apesar de continuarem apresentando as menores proporções de idosos. Porém, as regiões de saúde que apresentaram maiores proporções de pessoas senis, em 2011, continuam sendo Crateús (14,1%), Iguatu (13,9%) e Icó (14,1%) (Tabela 3).

Fazendo-se um comparativo do primeiro e do último ano da série histórica com relação à distribuição das pessoas com mais de 60 anos no Estado, distribuído por faixa etária e sexo, tem-se o seguinte resultado:

Tabela 4 – Distribuição de idosos por faixa etária e sexo no Ceará, nos anos 2000 e 2011

Faixa etária	2000						2011					
	Masc		Fem		Total Geral		Masc		Fem		Total Geral	
Idosos	N	%	N	%	Total	%	N	%	N	%	Total	%
60 a 69 anos	157.373	52,5	189.238	52,6	346.611	52,6	224.221	53,5	262.706	50,6	486.927	51,9
70 a 79 anos	100.034	33,4	117.881	32,7	217.915	33,0	126.956	30,3	162.822	31,3	289.778	30,9
80 ou mais	41.930	14,0	52.538	14,6	94.468	14,3	67.403	16,1	93.443	18,0	160.846	17,1
Total	299.337	-	359.657	-	658.994		418.580	-	518.971	-	937.551	-

Fonte: DATASUS

De acordo com a tabela 4, percebe-se a prevalência de idosos do sexo feminino, em ambos os anos analisados.

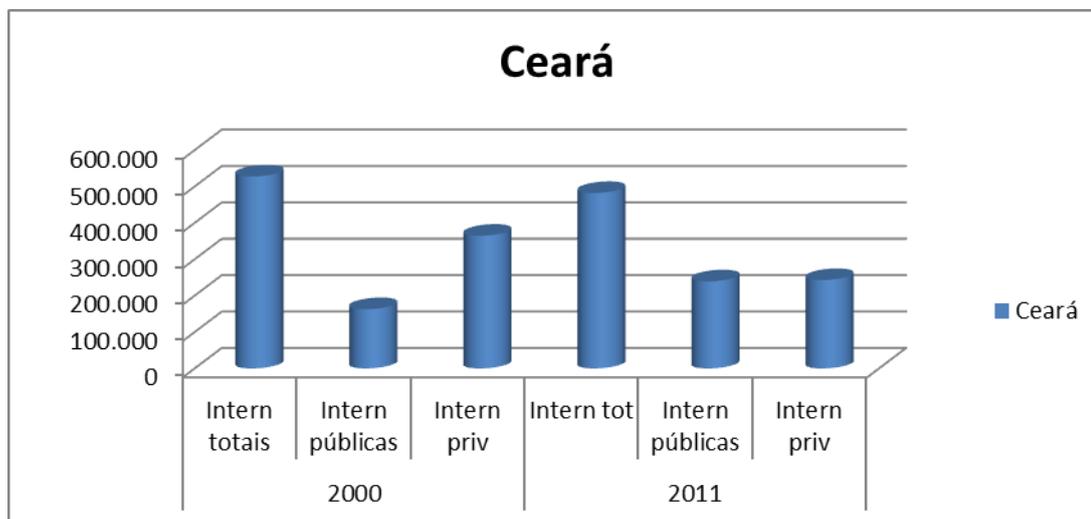
Nas tabelas 2 e 3, analisadas acima, observou-se também prevalência do sexo feminino, tendo como exceção as regionais de Acaraú (50,3%) e Tauá (50,0%) que, no ano 2000, apresentaram maioria do sexo masculino.

5.2 Internações gerais, públicas e privadas e ICSAP em idosos, no Estado do Ceará

Segundo dados do MS/SIH/SUS, o total de internações no estado do Ceará, em 2000 e 2011 foi de 527.537 e 482.234 internações, respectivamente, representando uma redução de aproximadamente 8,5% (Figura 5).

As internações públicas apresentaram tendência inversa, ou seja, enquanto em 2000 o número de hospitalizações foi de 162.885 (30,0% das internações realizadas no Estado, neste ano), em 2011, esse total aumentou para 239.348, representando um acréscimo de aproximadamente 47% das internações (Figura 5).

Figura 5 – Internações totais, públicas e privadas no Estado do Ceará no período de 2000 e 2011



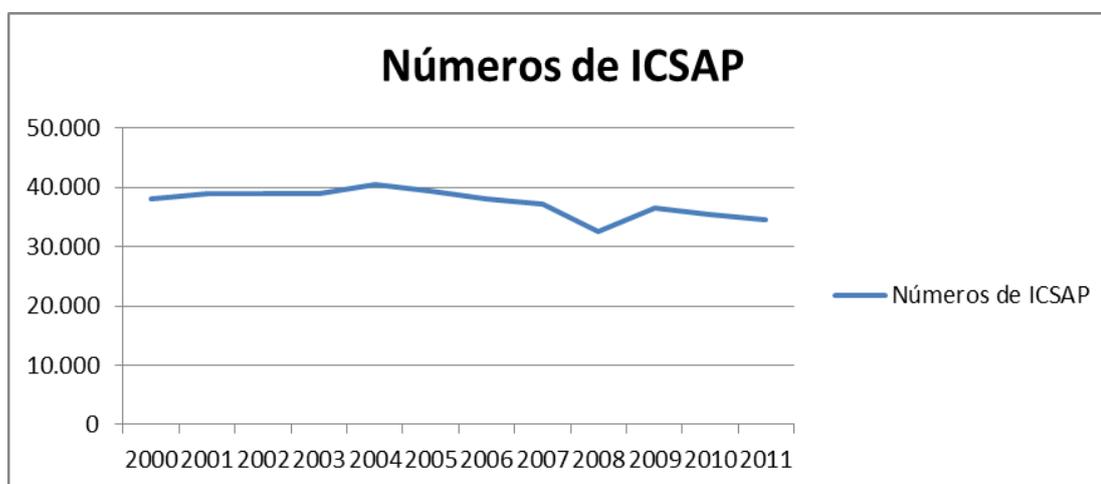
Fonte: DATASUS

Faz-se necessário demonstrar também o comportamento das internações privadas, as quais representaram mais de 50% do total de internações gerais no período estudado. Assim, estas sofreram uma redução de, aproximadamente, 15% do total, passando de 286.276 internações em 2000, para 242.891 em 2011 (DATASUS) (Figura 5).

Portanto, percebe-se que apesar da redução nas internações gerais e das internações privadas, as internações públicas ainda continuam crescendo, o que poderá explicar o aumento dos gastos nesse setor. Outro fator que pode justificar esse fenômeno, é o aumento no número de leitos públicos no Estado por 1.000 habitantes que, no Estado, esse valor subiu de 0,57 (2000) para 0,99 (2011).

Dentre as internações analisadas, as ICSAP, objeto desta pesquisa, revelaram uma redução tanto em termos absolutos, quanto em relação às taxas de ICSAP, em todas as faixas etárias, no Estado do Ceará. Observa-se uma redução de 16,9%, quando comparado os anos de 2000 a 2011.

Figura 6 – Evolução do número de ICSAP no Estado do Ceará, no período de 2000 a 2011



Fonte: DATASUS

Analisando-se agora as ICSAP, apenas na faixa etária de idosos, constatou-se que, em 2000, esse número foi de 38.142 internações, que corresponde a 32,2%, do total de ICSAP gerais e de 23,4% do total de internações públicas, no estado. Em 2011, esse número passa a corresponder a 34.476 internações, representando 35,0% do total de ICSAP e a 14,4% das internações públicas no Ceará (MS/SIH/SUS).

Analisando-se o comportamento das ICSAP nas microrregiões de saúde que compõem o Estado do Ceará, por triênio, observou-se uma variabilidade significativa dessas internações apresentando-se aumentadas em algumas e diminuídas em outras, como demonstrado na tabela 5.

Porém, quando analisa-se essa distribuição por triênios, percebe-se uma variabilidade menor (Tabela 6), identificando-se diferença nos resultados encontrados na análise ano a ano. Tem-se um aumento das pneumonias bacterianas, diabetes, angina, entre outras (Tabela 5).

Conforme Apêndice C, as maiores taxas de diminuição de ICSAP ocorreram nas regionais de Aracati (-53,95), Quixadá (-40,29) e Icó (-38,86), que encontram-se localizadas em macrorregiões distintas (Fortaleza, Sobral e Cariri, respectivamente). Em contraposição, as microrregiões que apresentaram aumento das ICSAP foram: Camocim (48,87%), Sobral (39,97), Tauá (36,36) e Tianguá (23,82).

As ICSAP estão distribuídas em 19 grupos de internações e diagnósticos de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), como disposto na Resolução Nº. 221 de 17 de abril de 2008, que trata da publicação da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (Anexo A).

Dos grupos estudados e pela soma dos triênios, destacam-se as internações por insuficiência cardíaca (90.456), gastroenterites infecciosas e suas complicações (84.062) e as doenças cerebrovasculares (50.149) como responsáveis pelos maiores números de hospitalizações (Tabela 5).

O primeiro triênio (2000 a 2002) se destacou por apresentar-se com um maior número de internações por condições sensíveis no Estado. Percebe-se redução das ICSAP de aproximadamente 5,8%, à medida que os anos prosseguem (Tabela 5).

Os grupos de ICSAP que se destacaram por apresentarem maiores diminuições por triênios foram: gastroenterites, asma, hipertensão e insuficiência cardíaca (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição das frequências de internações por grupos de ICSAP em idosos no Ceará, por triênios, de 2000 a 2011

Grupos de ICSAP	2000-2002	2003-2005	2006-2008	2009-2001
Doenças preveníveis por imunização	373	392	403	1.062
Gastroenterites infecciosas e complicações	20.885	24.857	21.803	16.417
Anemia	776	1.309	1.470	1.278
Deficiências nutricionais	1.798	1.420	1.587	1.336
Infecções de ouvido, nariz e garganta	160	36	94	286
Pneumonias bacterianas	2.322	3.788	3.527	4.656
Asma	13.222	11.690	7.596	5.453
Doenças pulmonares	7.532	6.638	6.363	7.192
Hipertensão	9.645	10.684	9.171	6.888
Angina	3.612	5.628	5.576	5.315
Insuficiência cardíaca	23.667	23.478	22.878	21.468
Doenças cerebrovasculares	13.551	11.786	10.999	13.813
Diabetes Melitus	7.359	6.251	7.840	10.035
Epilepsia	261	327	297	420
Infecções do rim e trato urinário	3.642	4.663	5.240	6.454
Infecção de pele e tecido subcutâneo	1.592	1.838	2.148	4.683
Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	140	113	105	139
Úlcera gastrointestinal	4.664	3.909	2.796	1.605
TOTAL	115.201	118.807	109.893	108.500

Fonte: DATASUS

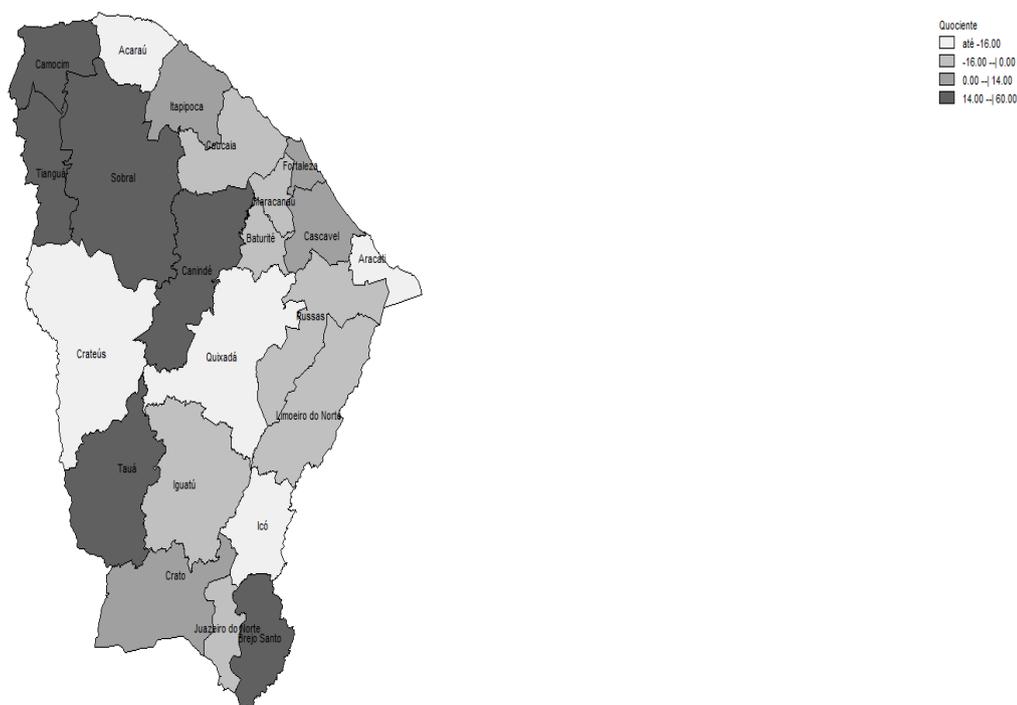
Tabela 6 – Distribuição das frequências de ICSAP em idosos por microrregiões de saúde por triênios

Microrregiões de Saúde	2000-2002	2003-2005	2006-2008	2009-2011	Variação %
Fortaleza	28.781	30.363	30.082	28.838	0,1
Caucaia	3.201	3.018	2.457	2.280	(- 28,7)
Maracanaú	3.165	3.739	2.947	2.599	(- 17,8)
Baturité	1.645	1.583	1.470	1.533	(- 6,8)
Canindé	2.209	2.147	1.771	2.260	2,3
Itapipoca	2.390	2.338	2.033	2.157	(- 9,7)
Aracati	1.367	1.334	1.403	932	(- 31,8)
Quixadá	5.173	4.803	3.091	2.986	(- 42,2)
Russas	2.889	2.595	1.933	2.486	(- 13,9)
Limoeiro do Norte	3.507	3.588	2.560	2.300	(- 34,4)
Sobral	8.023	10.178	9.981	10.376	29,3
Acaraú	2.156	1.699	1.605	1.834	(- 14,9)
Tianguá	3.988	3.877	3.518	4.551	14,1
Tauá	2.341	1.963	1.994	2.884	23,1
Crateús	6.911	7.372	5.923	5.223	(- 24,4)
Camocim	924	1.357	1.434	1.258	36,1
Icó	3.954	3.566	3.439	2.865	(- 27,5)
Iguatu	6.987	7.965	5.896	6.721	(- 3,8)
Brejo Santo	5.337	6.436	6.702	6.937	29,9
Crato	9.055	9.832	9.017	8.901	(- 1,7)
Juazeiro do Norte	7.980	7.806	7.440	6.649	16,6
Cascavel	1.956	1.731	2.398	2.233	14,1

Fonte: DATASUS

Analisando-se as frequências das deficiências nutricionais, anualmente, percebe-se que estas foram reduzidas em 20,4% quando comparados os anos de 2000 e 2011, e a hipertensão, aproximadamente, 26%. Porém, entre todas as causas analisadas, a que mais se destacou pela redução foi o grupo da asma, com uma diminuição de 67% do total, nesses 12 anos. O grupo de gastroenterites, ao contrário, teve uma redução discreta (14%) durante a série histórica, assim como a insuficiência cardíaca. As doenças pulmonares ficaram praticamente estáveis durante esse tempo (Apêndice D).

Figura 7 – Mapeamento das variações percentuais dos ICSAP em idosos distribuídas nas microrregiões de saúde do Estado, entre 2000 e 2011



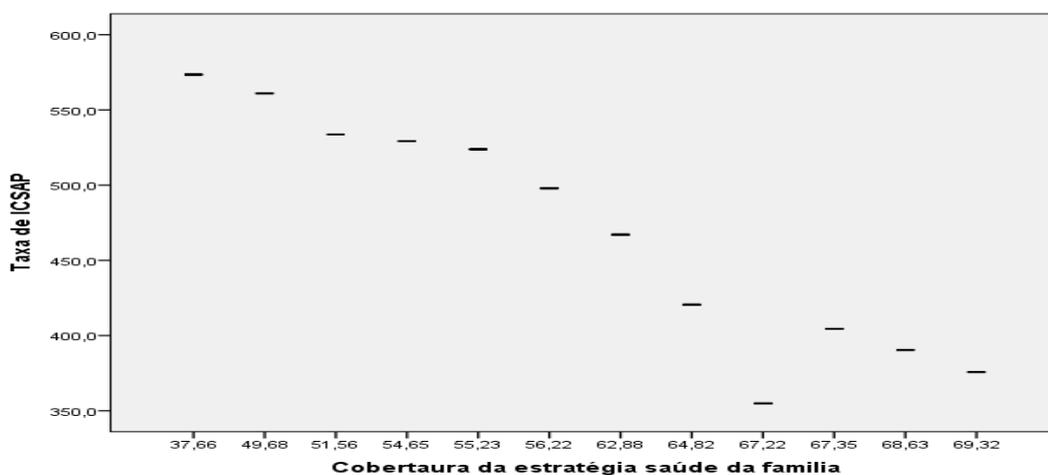
Fonte: DATASUS

Com relação à distribuição das frequências de idosos por triênios entre as microrregiões do Estado tem-se a prevalência desses números em Fortaleza, Sobral e Crato. A região de Sobral foi a que apresentou maior elevação dos números de ICSAP em idosos, aumentando de 8.023 para 10.376. Na maioria das outras regiões de saúde esse número vem decrescendo (Tabela 6).

Para a análise dos grupos de variáveis do estudo, optou-se, inicialmente, por utilizar as estruturas e as tendências através de diagramas de dispersão entre as taxas de ICSAP e as variáveis explicativas do grupo estrutura dos serviços de saúde e depois analisar os resultados do modelo propriamente dito.

De princípio, procurou-se destacar uma das relações mais pesquisadas por quem se interessa em estudar as ICSAP, que é a relação entre as taxas de ICSAP e a Cobertura da ESF.

Figura 8 – Série histórica entre as taxas de ICSAP e a cobertura ESF no Estado do Ceará, no período de 2000 a 2011

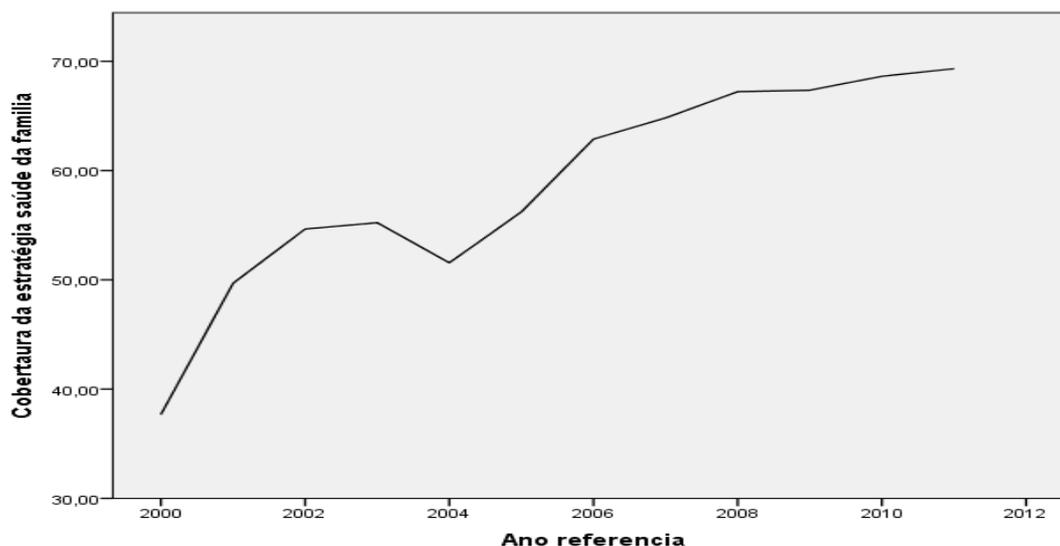


Fonte: Departamento de Atenção Básica/ Ministério da Saúde.

O diagrama acima mostra uma tendência linear negativa da correlação, indicando que as taxas de ICSAP diminuem, à medida que a proporção da cobertura de ESF aumenta.

Vale ressaltar que, no Ceará, evidenciou-se um aumento significativo na cobertura da ESF de 37,66% da população em 2000, para 69,32%, em 2011 (DAB/SUS) (Figura 9).

Figura 9 – Análise da tendência temporal da proporção da cobertura da ESF no Ceará, no período de 2000 a 2011



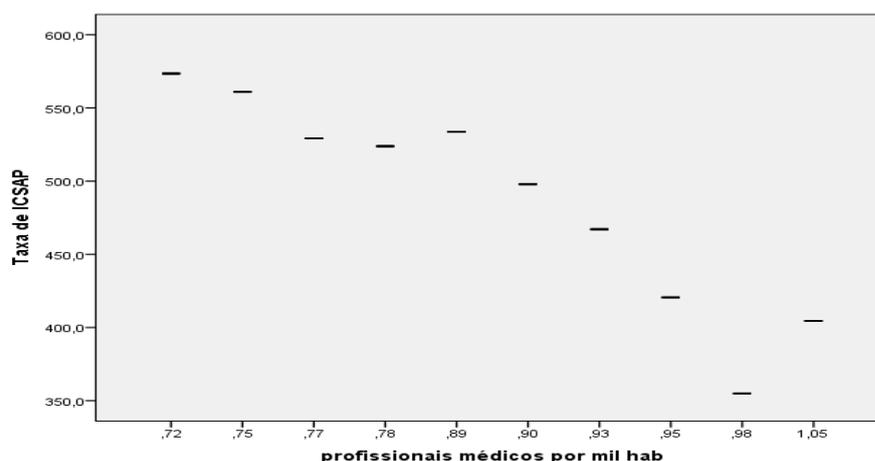
Fonte: Departamento de Atenção Básica/ Ministério da Saúde.

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), de todos os municípios que compõem o Estado do Ceará, apenas sete apresentaram uma proporção de cobertura populacional estimada da ESF menor do que 40%, em 2011. Entre esses municípios podemos citar: Fortaleza (36,2%), Banabuiú (39,85%), Boa Viagem (19,72%), Granja (26,21%), Guaraciaba do Norte (36,53%), Novo Oriente (37,7%) e Baixio (sem registro).

Na análise de correlação entre as variáveis frequências de ICSAP e cobertura da ESF, obteve-se um coeficiente de Pearson de [-0,684].

No próximo histograma, observa-se uma relação negativa entre as taxas de ICSAP e as taxas de profissionais médicos por mil habitantes, ou seja, a medida em que aumentam as taxas de médicos por mil habitantes no Estado, tem-se uma redução nas taxas de ICSAP. O gráfico apresenta ainda a existência de normalidade entre os dados e indica uma tendência linear decrescente, à medida que ocorre o aumento do número de médicos por mil habitantes a taxa de ICSAP tende a reduzir.

Figura 10 – Análise da série histórica entre as taxas de ICSAP e taxa de médicos por 1.000 habitantes, no estado do Ceará.

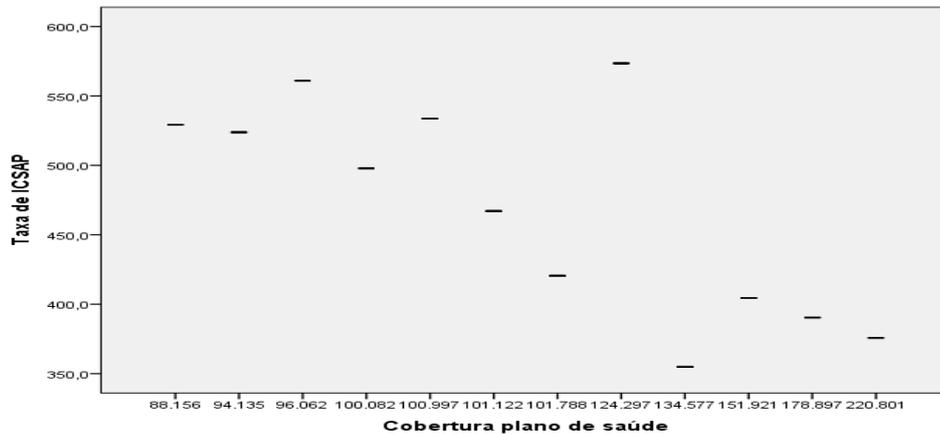


Fonte: DATASUS

A cobertura de planos foi outra variável escolhida devido à sua influência na procura por assistência hospitalar em instituições públicas, pois beneficiários de planos de saúde tendem a buscar menos esses serviços. Assim, analisando a relação existente entre as taxas de ICSAP e a cobertura de planos de saúde, tem-se uma pequena dispersão dos dados com uma

variabilidade de distribuição, seguindo tendência linear negativa.

Figura 11 – Análise da tendência temporal da taxa de ICSAP e cobertura de planos de saúde, no Ceará



Fonte: DATASUS

Na figura 11, tem-se uma redução das taxas de ICSAP na medida em que se aumenta a cobertura de planos de saúde.

A figura 12 mostra uma avaliação entre as taxas de ICSAP em idosos e o número de leito por 1.000 habitantes (com a utilização dos resíduos), demonstrando também uma relação linear na qual a taxa de ICSAP é reduzida à medida que o número de leitos hospitalares públicos aumenta.

Figura 12 – Análise da tendência temporal da taxa de ICSAP e número de leitos por 1000 habitantes, no Ceará, em 2000



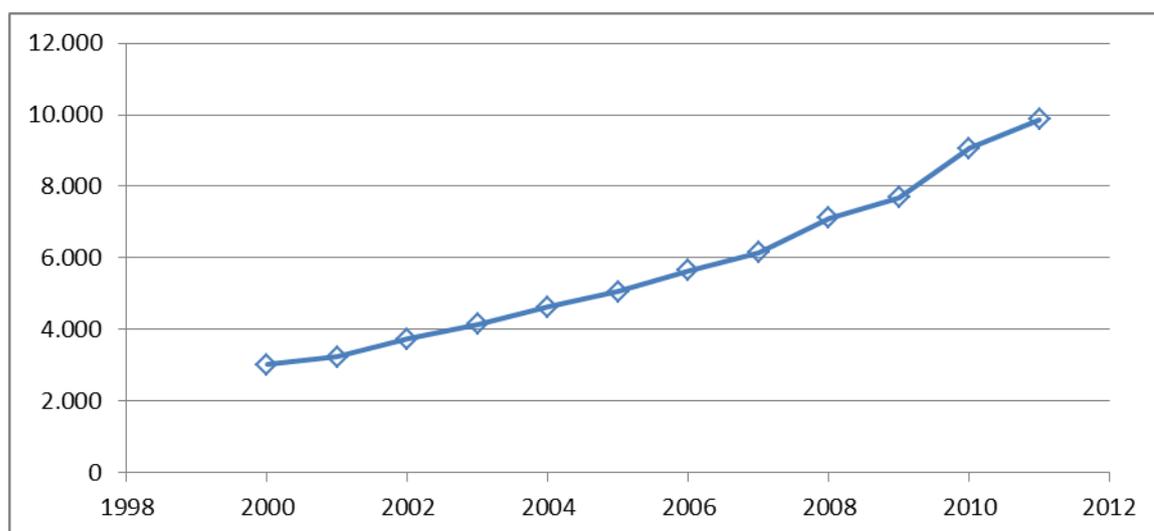
Fonte: DATASUS

5.3 Variáveis sociais e econômicas relacionadas a ICSAP no Ceará

O estado do Ceará vem se desenvolvendo de forma significativa em relação à melhoria dos indicadores sociais e econômicos. Estes foram selecionados de acordo com a literatura e disponibilidade dos dados, destacando-se como importantes fatores explicativos, tanto das taxas como dos gastos com ICSAP.

Analisando-se a evolução do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, no Ceará, como um indicador que mede de forma indireta o desenvolvimento de determinada região, verificou-se melhoria importante, conforme apresenta a figura 13, indicando um aumento de aproximadamente três vezes o seu valor, em reais, nos 12 anos de estudo.

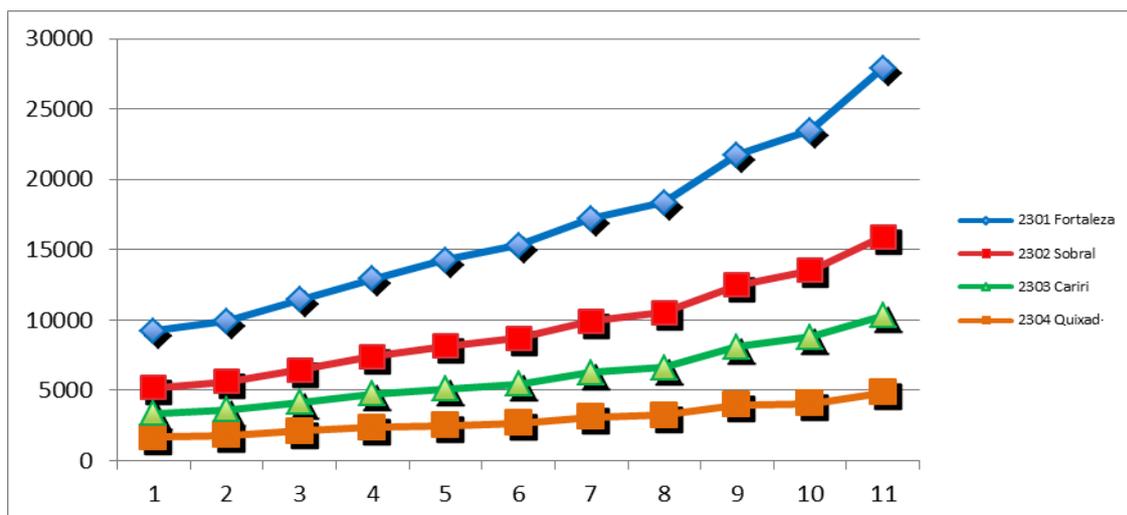
Figura 13 – Evolução do PIB *per capita*, no Ceará, no período de 2000 a 2011



Fonte: IPECE

Fazendo uma análise da distribuição do PIB *per capita* por macrorregião de saúde tem-se o seguinte gráfico.

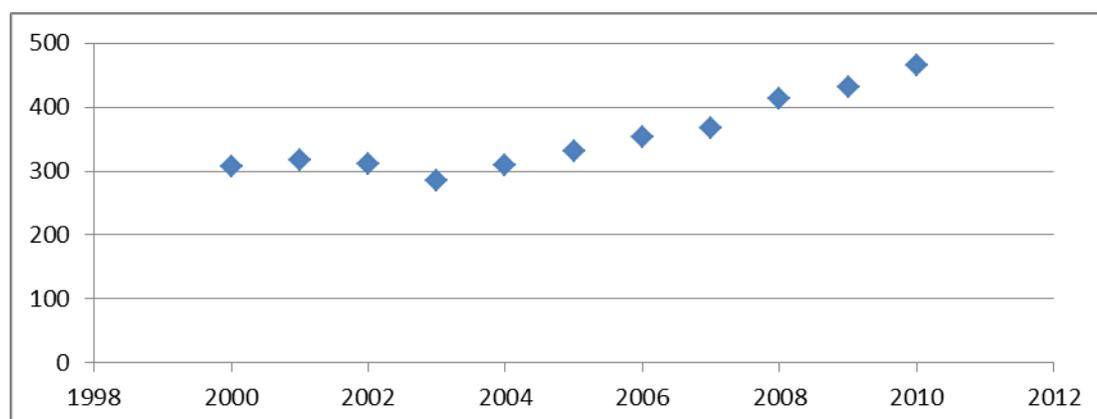
Figura 14 – Evolução da distribuição do PIB *per capita* por macrorregião de saúde, no período de 2000 a 2011



Fonte: DATASUS

Observa-se a vantagem da macrorregião de Fortaleza e Sobral em relação às demais, porém, pode se perceber que todas as macrorregiões tiveram uma melhora nos valores relativos ao PIB *per capita*. Este se caracteriza como um indicador que mede as condições de vida de uma determinada área geográfica. Dessa forma, conclui-se que as macrorregiões que apresentam melhores condições de vida foram as duas descritas anteriormente. A renda média domiciliar *per capita* é um outro indicador social considerado importante. Apesar de se observar um aumento significativo deste indicador no Estado do Ceará (vide figura 15).

Figura 15 – Evolução da renda média domiciliar *per capita*, no Ceará, de 2000 a 2011

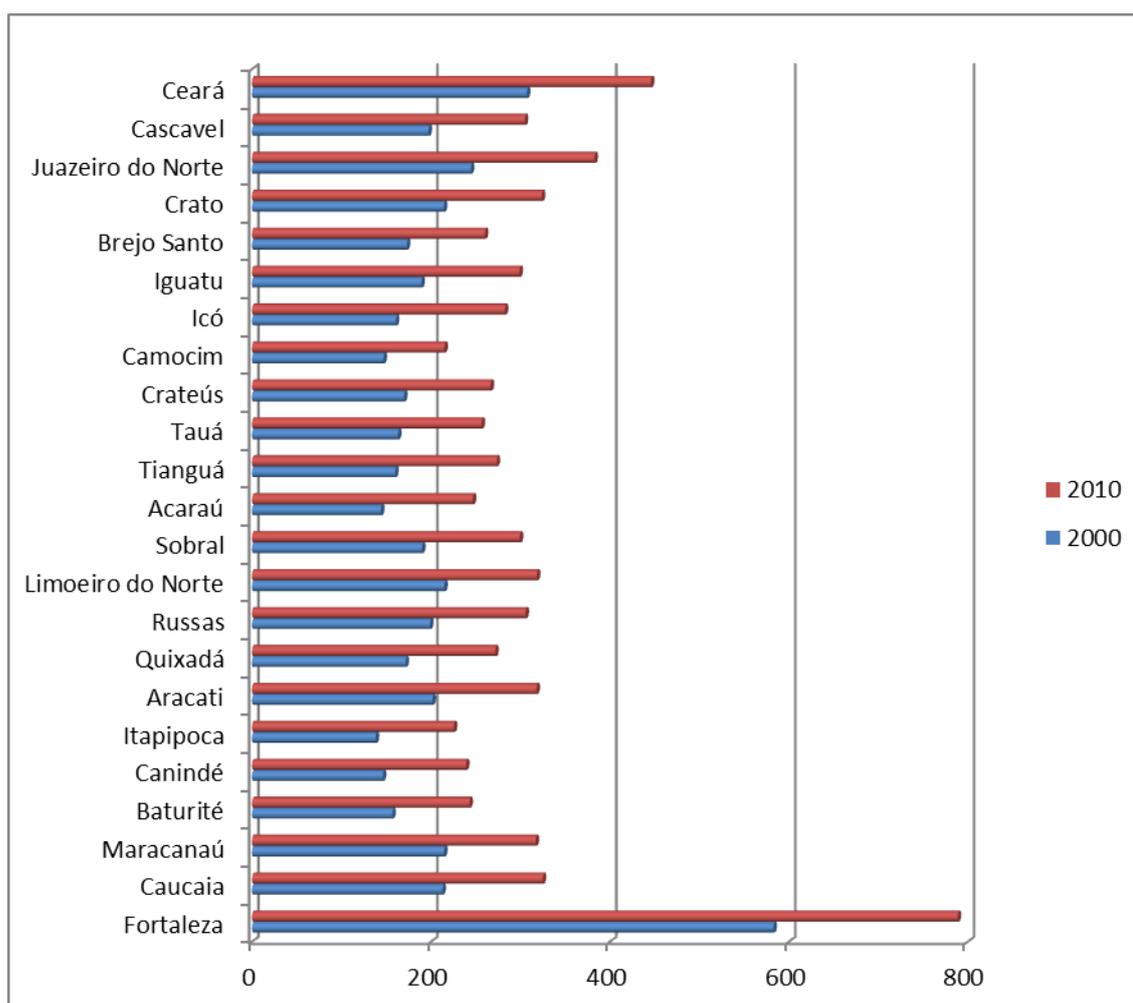


Fonte: IPECE

Fazendo-se uma análise comparativa nos anos 2000 e 2010, segundo informações do DATASUS, a microrregião de Fortaleza lidera em termos de renda média domiciliar *per capita*, em ambos os anos, ultrapassando inclusive os valores do Estado como um todo, com valores variando entre R\$ 582,86 e R\$ 788,84, respectivamente. Em segundo lugar, tem-se a microrregião de Juazeiro do Norte (com respectivamente R\$ 244,6 para R\$ 382,7), seguida por Limoeiro do Norte (com R\$ 214,9 para R\$ 318,4), Crato (com R\$ 214,3 para 323,9) e Maracanaú (214,6 para 317,0) (Figura 16).

Entre as regionais de saúde Juazeiro do Norte, Caucaia, Maracanaú, Crato, Limoeiro do Norte e Aracati apresentam rendas médias domiciliares *per capita* elevadas em relação às demais.

Figura 16 – Distribuição da renda média domiciliar *per capita* entre as regionais de saúde nos anos 2000 e 2010



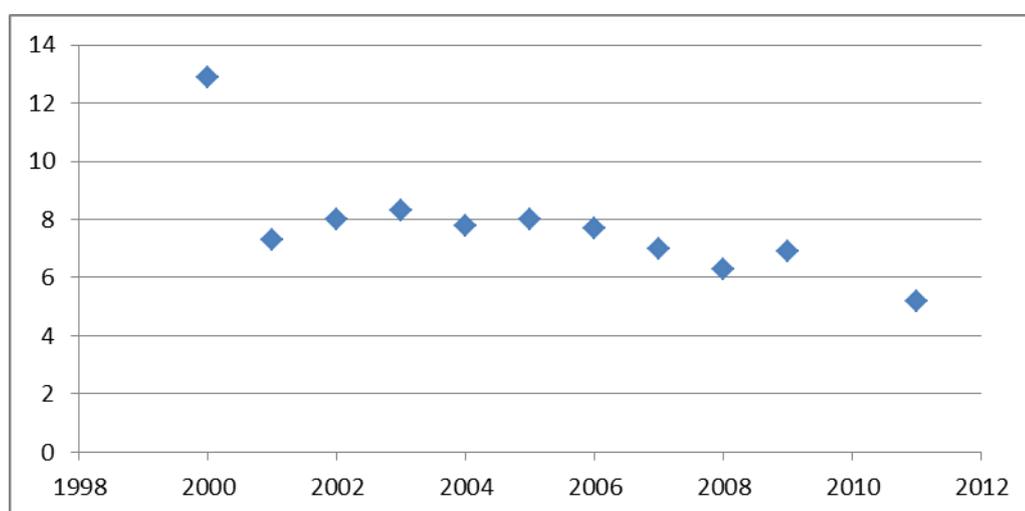
Fonte: IPECE

Analisando-se a influência que o número de pessoas idosas poderia provocar sob a renda média domiciliar *per capita*, observou-se a existência de um coeficiente de correlação de Pearson de 0,885, com $p < 0,001$. Assim, conclui-se que existe uma alta correlação positiva, pois na medida em que se aumenta o número de idosos cresce a renda *per capita* das famílias.

Com relação à taxa de desemprego em pessoas maiores de 16 anos, percebe-se que houve uma melhora tanto nas regiões de saúde como no Estado como um todo. A taxa de desemprego no Ceará diminuiu quase pela metade nos 12 anos analisados, passando de 12,92% para 7,59% do total da população. As regionais que apresentaram menor desemprego foram Tauá (6,65%), Tianguá (7,41%) e Iguatu (7,81%). Destas, Tauá e Iguatu exibiram também, como descrito anteriormente, um maior quantitativo de idosos. A microrregião que mostrou maior desemprego em maiores de 16 anos foi a regional de Maracanaú, passando de 17,10% em 2000 para 9,72% em 2010 (DATASUS).

A taxa de desemprego representa um indicador importante, pois além de medir as condições de atividade econômica, também fornece informações sobre as condições do mercado de trabalho. Em 2011, segundo dados do IPECE, a taxa de desemprego no Ceará (5,22%) encontra-se melhor do que as encontradas na região Nordeste (7,91%) e do Brasil (6,69%).

Figura 17 – Evolução na taxa de desemprego anual no Ceará, no período de 2000 a 2011

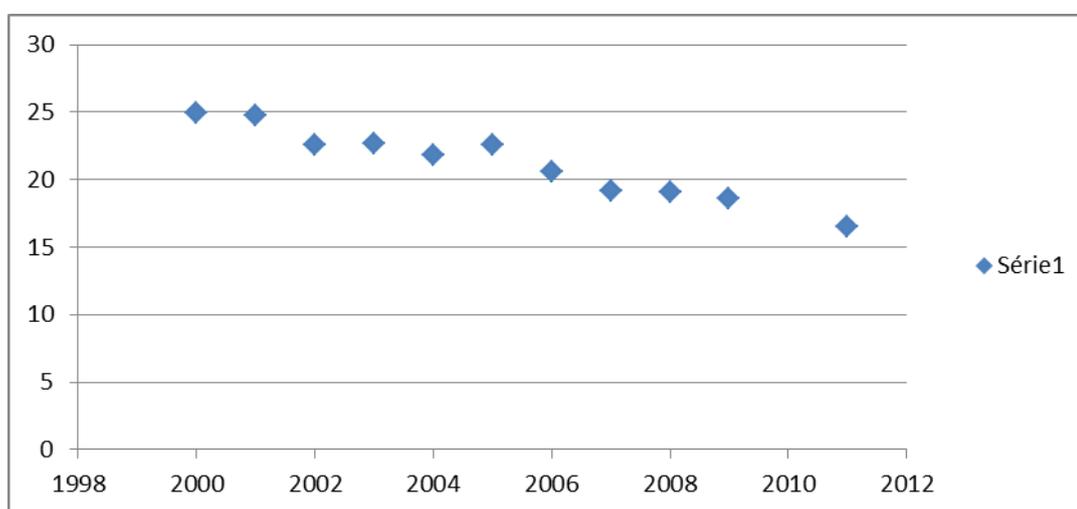


Fonte: IPECE

Percebe-se uma redução significativa da taxa de desemprego no Estado, com uma queda mais acentuada de 2000 para 2001 e de 2009 para 2011 (Figura 17).

A taxa de analfabetismo também foi reduzida no estado, demonstrando uma melhoria das condições educacionais de forma geral. Em 2011, o Ceará apresentou uma taxa de analfabetismo de 16,5%, valor bem acima da média nacional que era de 8,59 (figura 18). A região Nordeste do país concentra a maior parte dos analfabetos brasileiros e possui quase a mesma taxa do Ceará com um valor de 16,87 (IBGE).

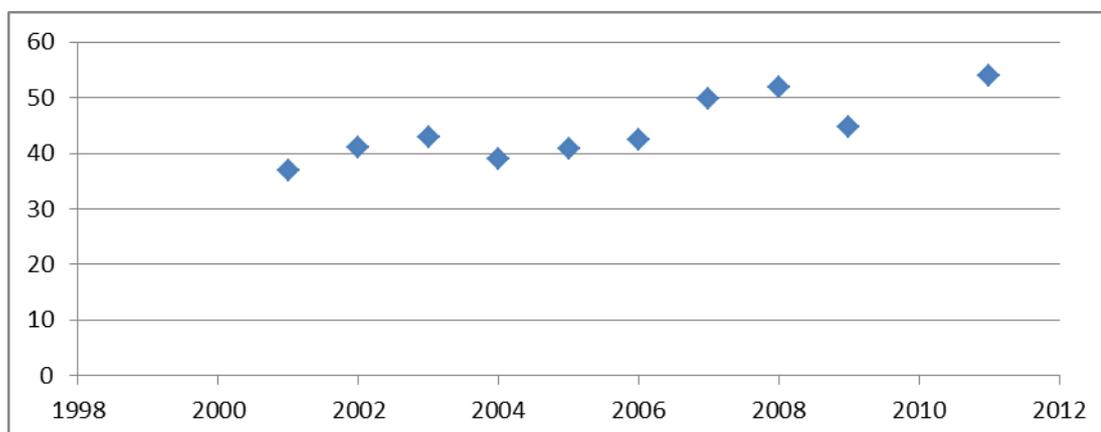
Figura 18 – Evolução da taxa de analfabetismo no Ceará, no período de 2000 a 2011



Fonte: IPECE

Com relação à evolução da proporção de domicílios com esgotamento sanitário adequados no Ceará, verifica-se um aumento de quase o dobro desse valor nos 12 anos estudados. Apesar desse aumento, tem-se ainda o estado com uma das menores proporções de domicílios com esgotamento sanitário do país. Quando comparado a média do país (77,2%) e a da região Nordeste (61,1%) no Ceará (54,0%) tem-se uma proporção bem abaixo das demais (figura 19). Observa-se um aumento de quase o dobro desse valor nos 12 anos.

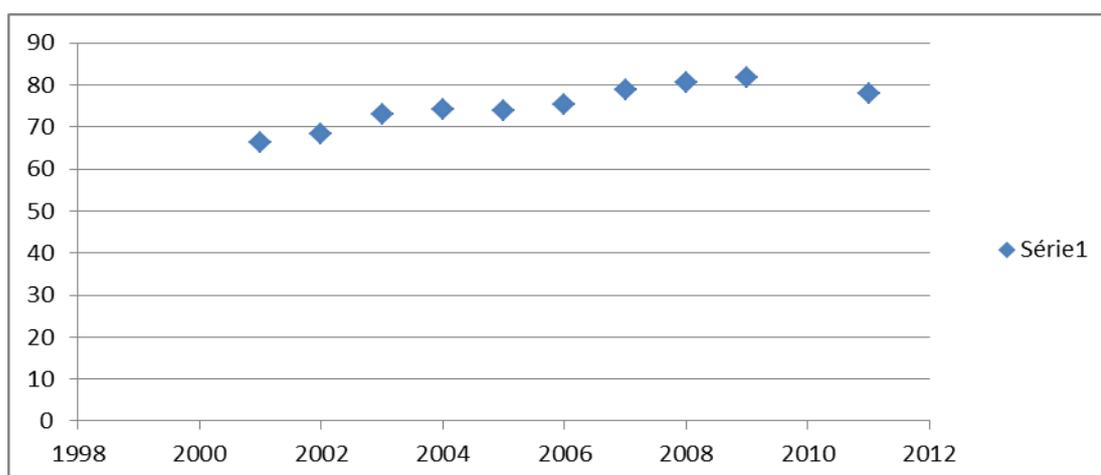
Figura 19 – Evolução da proporção de domicílios com esgotamento sanitário adequados no Ceará, no período de 2000 a 2011



Fonte: IPECE

Com relação à evolução das proporções de domicílios com abastecimento de água adequado no Estado, como demonstra a figura 20, tem-se uma melhoria dessas proporções porém, não tão significativas. Houve pouca evolução no transcorrer dos anos estudados com um aumento de 66,4% para 78%.

Figura 20 – Evolução das proporções de domicílios com abastecimento de água adequado no Ceará, na série histórica de 2000 a 2011



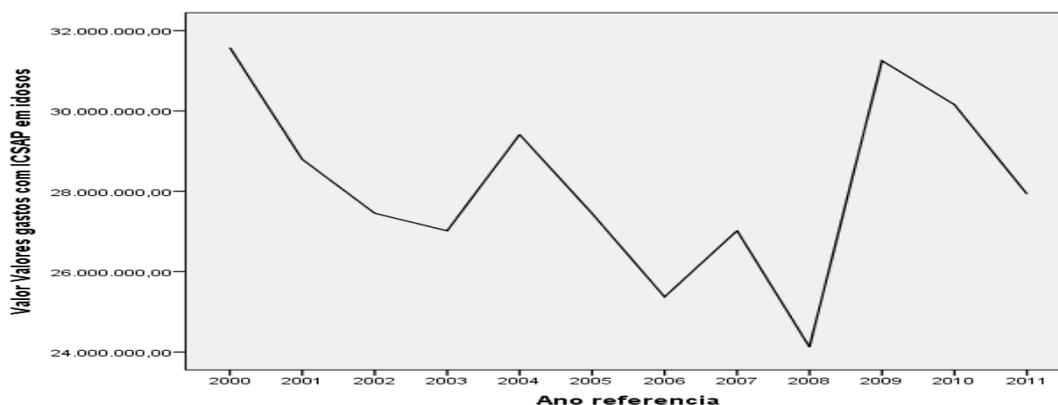
Fonte: IPECE

5.4 Valores gastos com ICSAP em idosos e sua correlação com os blocos de variáveis

Apesar de, no geral, observar-se uma redução dos gastos com ICSAP em idosos no estado do Ceará de 11,5%, quando comparados os anos de 2000 e 2011, identifica-se uma não regularidade no dimensionamento desta variável (Figura 21), associado a uma diminuição das taxas de ICSAP (Figura 6).

Verifica-se ainda que no decorrer da série histórica tem-se picos de elevações desses gastos nos anos 2004, 2007 e 2009, respectivamente.

Figura 21 – Evolução dos valores gastos com ICSAP no Estado do Ceará, no período de 2000 a 2011

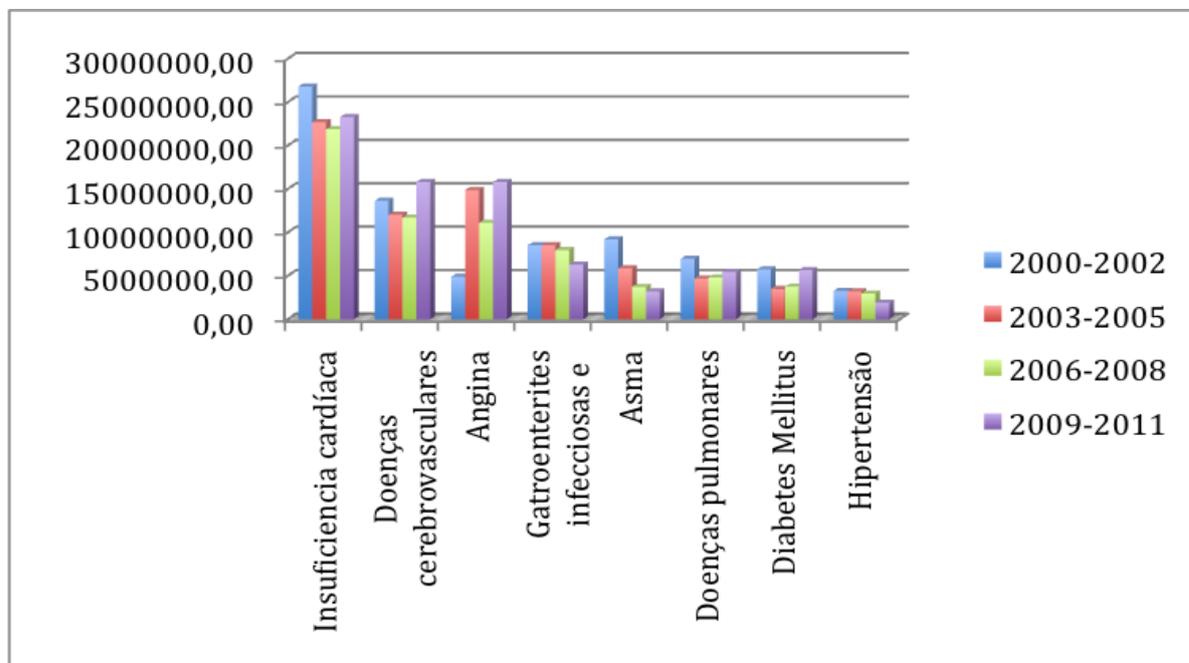


Fonte: SIH/DATASUS

Na maioria dos grupos de ICSAP houve reduções dos gastos, com destaque para os seguintes grupos: gastroenterites infecciosas e complicações, deficiências nutricionais, asma, doenças pulmonares, hipertensão, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, diabetes melitus, doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos e úlcera gastrointestinal (Apêndice E). Porém, identificou-se que existem outras causas de internações que, ao contrário destas, apresentaram elevações dos seus gastos, como é o caso das doenças preveníveis por imunização, anemias, pneumonias bacterianas, angina, epilepsias, infecções do rim e trato urinário e infecções da pele e tecidos subcutâneos (Apêndice E).

Dentre esses últimos agravos, a maioria poderia ter sido resolvido com acesso a uma atenção primária efetiva, e como resultado, os gastos seriam igualmente reduzidos, assim como as próprias taxas de ICSAP.

Figura 22 – Análise comparativa das tendências dos gastos com grupos de ICSAP por triênios



Fonte: DATASUS

Fazendo-se uma análise comparativa entre os números absolutos por grupos de ICSAP existentes entre os triênios analisados, verificou-se que, em algumas causas, principalmente aquelas ligadas às doenças crônicas e suas complicações, tem-se um aumento substancial quando comparado o primeiro ao último triênio como foi o caso das doenças cerebrovasculares, angina e diabetes. Com esse quadro, pode-se perceber que as causas de internações por insuficiência cardíaca e por doenças cerebrovasculares são as que apresentam maiores gastos. Identificou-se também que as causas de internações por asma, gastroenterites infecciosas e suas complicações e a hipertensão tiveram uma redução nesta série temporal (figura 22).

Vale destacar que todas as principais causas de internações que demandaram altos gastos dos serviços públicos, no período, sofreram elevações significativas dos seus números.

Dos valores gastos com ICSAP em idosos, observou-se uma média de aproximadamente 20.685.293,44 e desvio padrão de 12.611.877,95,

enquanto com relação à taxa média relativa de ICSAP representou valor médio de 469,36 e desvio padrão de 77,11.

Para a análise de correlação entre as variáveis valores gastos e taxa de ICSAP, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson e observou-se uma alta correção positiva [0,697; $p < 0,05$], indicando que a medida que a taxa de ICSAP aumenta, tem-se um aumento dos valores gastos com essas internações.

Ao realizar a análise de regressão linear simples entre a variável dependente (valores gastos com as ICSAP/ano) e a variável explicativa taxas de ICSAP, no Estado, obteve-se um R^2 ajustado de 0,421 e um $p < 0,05$. Portanto, o modelo foi construído com os seguintes parâmetros:

$$\text{Valor gasto com ICSAP em idosos} = 18.532.081,64 + 18.776 \times \text{taxa de ICSAP em idosos, com } p < 0,05 \text{ e IC de } 95\%.$$

Ou seja, mantendo-se constante (nula) as taxas de ICSAP em idosos/ano, ocorre um aumento nos gastos com ICSAP em idosos/ano de R\$ 18.532.081,64. Como as taxas de ICSAP estudadas se referem a taxas relativas a pessoas idosas, fez-se necessário analisar também a variável pessoas idosas.

Utilizando a população de idosos como variável explicativa obteve-se um R^2 ajustado de 0,492 e a seguinte equação e parâmetros:

$$\text{Valor gasto com ICSAP em idosos} = 40.369.608,90 + (- 16,77) \times \text{população idosa com } p < 0,05 \text{ e IC de } (-31,48 \text{ a } -2,05) \text{ ao nível de } 95\%.$$

Assim, como demonstrado na análise de regressão, mantendo-se constante a população idosa/ano, tem-se uma redução de aproximadamente – 40.369.608,90 reais/ano, em termos de valores gastos relativos a internações.

Tabela 7 – Resultados da análise de regressão simples entre a variável dependente valores gastos com ICSAP em idosos e as variáveis explicativas: número de idosos e taxa de ICSAP, separadamente

Variáveis independentes	Correlação Pearson	R ² ajustado	F	P	Durbin-watson
Número de idosos/ano	-0,751	0,492	7,77	< 0,05	1,2,8
Taxas de ICSAP/ano	0,697	0,421	7,55	< 0,05	1,8

Fonte: Produção própria

Diante desse fato, decidiu-se fazer nova análise de regressão, ajustando ao modelo as duas variáveis explicativas (número de idosos e taxa de ICSAP em idosos) na tentativa de responder o porquê do aumento desses gastos, diante do aumento das taxas de ICSAP, obtendo-se o seguinte resultado:

Observou-se a existência de regressão (R² ajustado de 0,734) em modelo bem ajustado, pois o desvio-padrão da amostra (1.703.163,85) foi maior do que o erro padrão das estimativas (878.049,45) do modelo utilizado. Como pode se perceber, o modelo ajustado para os valores gastos com ICSAP em idosos foi explicado em aproximadamente 73% por essas variáveis, porém utilizando-se o método retroceder a variável explicativa população de idosos foi excluída do modelo, permanecendo apenas a variável taxa de ICSAP.

Percebeu-se, no cálculo da correlação de Pearson, a existência de algumas variáveis que se correlacionam fortemente com a variável valor gasto com ICSAP em idosos/ano. Algumas dessas variáveis foram excluídas devido à perda de significância, entre elas: número de leitos por 1.000 habitantes, taxa de mortalidade infantil, óbitos por ICSAP/ano, cobertura da população por planos de saúde, PIB *per capita*/ano, renda média domiciliar *per capita*/ano, proporção de domicílios com abastecimento de água adequado, esperança de vida ao nascer. Assim, foi realizada análise de regressão simples com as demais variáveis explicativas.

Tabela 8 – Demonstração dos resultados da análise de regressão bivariada entre a variável dependente valor gasto com ICSAP/ano e as várias variáveis explicativas e significativas

Variáveis independentes	Correlação Pearson	R ² ajustado	F	P	Durbin-Watson
Estimativa da pop. coberta pela ESF/ano	-0,76	0,54	11,6	0,05	2,4

Proporção de domicílios com esgotamento sanitário adequado	-0,76	0,5	8,2	0,05	2,9
Índice de Gini da renda média domiciliar <i>per capita</i>	0,77	0,53	8,97	0,05	2,2
Taxa de desemprego	0,76	0,52	9,98	0,05	2,2
Profissionais médicos por 1.000 habitantes/ano	-0,7	0,43	7,09	<0,05	2
Taxa de analfabetismo/ano	0,77	0,54	10,4	0,05	2,6
Percentual de pessoas em extrema pobreza/ano	0,78	0,55	9,75	0,05	2,7

Fonte:Produção própria

Após realizados todos esses testes, percebeu-se um problema com a não normalidade dos dados, limitando-nos a realizar inferências mais simples em termos estatísticos, entretanto, com o valor não menos importante. Esse fato se deu pela unidade de medida utilizada por este estudo, que foi ano. Porém, mesmo que fosse utilizado como unidade de medida as regiões de saúde ocorreria e o problema permaneceria.

Na tabela 10, tem-se a descrição dos gastos por grupos de ICSAP, em idosos, nos anos 2000 e 2011, o total e a variação percentual quando comparado o primeiro e o último ano da série histórica. A partir desta análise, tem-se uma visão sobre quais dos grupos demandaram maior ônus e qual deles tiveram maiores reduções ou acréscimos. Nota-se que as condições crônicas são causas frequentes de internações e demandam gastos públicos federais importantes, merecendo atenção especial por parte dos gestores/ordenadores de despesas. Apesar deste fato, percebe-se a coexistência de agravos infecciosos como as gastroenterites infecciosas, pneumonias bacterianas e infecções do rim e trato urinário.

Tabela 9 – Distribuição dos valores gastos em reais (deflacionados) com ICSAP, em idosos, no Ceará, por triênios

Grupos de ICSAP	2000-2002	2003-2005	2006-2008	2009-2001
Doenças preveníveis por imunização	433.539,08	469.827,33	315.389,90	1.035.831,84
Gastroenterites infecciosas e complicações	8.505.120,05	8.521.748,48	7.951.280,77	6.278.433,05
Anemia	363.995,31	481.068,30	530.296,21	473.231,47
Deficiências nutricionais	1.207.449,43	771.373,70	972.320,78	809.627,64

Infecções de ouvido, nariz e garganta	53.755,92	9.754,90	23.423,70	125.901,62
Pneumonias bacterianas	1.289.418,37	2.112.410,57	2.277.036,95	3.952.892,18
Asma	9.190.924,14	5.840.637,16	3.722.823,73	3.176.584,27
Doenças pulmonares	6.952.129,11	4.674.401,29	4.783.302,74	5.449.304,33
Hipertensão	3.254.053,90	3.184.376,22	2.947.811,07	1.896.139,40
Angina	4.885.706,51	14.869.764,42	11.099.927,67	15.780.419,94
Insuficiência cardíaca	26.779.738,45	22.696.169,30	21.871.082,69	23.258.390,52
Doenças cerebrovasculares	13.620.823,08	12.016.355,99	11.678.284,04	15.795.580,58
Diabetes Mellitus	5.733.692,65	3.471.078,25	3.748.726,54	5.666.472,96
Epilepsia	98.948,77	98.551,97	66.216,71	117.042,23
Infecções do rim e trato urinário	1.401.781,91	1.510.385,62	1.707.114,29	2.276.740,88
Infecção de pele e tecido subcutâneo	1.123.369,69	1.094.241,21	972.891,89	2.161.490,89
Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	91.831,93	50.779,46	43.476,03	61.939,19
Úlcera gastrointestinal	2.836.417,73	1.992.192,32	1.533.390,05	1.010.498,06
TOTAL	87.822.696,03	83.865.116,49	76.244.795,76	89.326.521,05

Fonte: DATASUS/TABWIN.

Na tabela 9, identifica-se uma redução dos gastos totais com ICSAP em idosos nos três primeiros triênios e um aumento no último.

Na tabela 10 observou-se que, apesar de algumas causas apresentarem gastos representativos com relação às ICSAP em idosos, muitas apresentam reduções importantes no decorrer da série histórica, como foi o caso da asma, hipertensão, gastroenterites e doenças pulmonares. Entretanto, outras causas mostram elevações, como foi o caso das pneumonias bacterianas e as úlceras gastrointestinais.

Tabela 10 – Valores gastos em reais com internações de idosos por grupos de condições sensíveis às ações da atenção primária em saúde no Estado do Ceará nos anos 2000 e 2011 e sua variação percentual

Grupos de ICSAP	2000	2011	Total	Varição % de 2000 a 2011
Insuficiência cardíaca	9.874.707,17	7.293.905,38	94.605.380,96	(- 26,10)
Doenças cerebrovasculares	5.067.256,99	4.573.601,43	53.111.043,69	(- 9,70)
Gastroenterites	2.617.342,67	1.730.135,80	31.259.582,35	(- 33,80)

Infeciosas e complicações				
Doenças pulmonares	2.751.243,74	1.907.190,82	21.859.137,46	(- 30,60)
Asma	3.872.640,42	912.232,28	21.930.969,30	(- 76,40)
Diabetes mellitus	2.110.483,92	1.776.259,49	18.619.970,40	(- 15,80)
Hipertensão	1.025.322,10	519.190,02	11.282.380,58	(- 49,30)
Pneumonias bacterianas	459.431,72	1.320.975,51	9.631.758,07	26,10
Infecção no rim e trato urinário	471.476,43	591.642,22	6.896.022,70	25,40
Úlcera gastrointestinal	1.039.458,99	289.274,52	7.372.498,15	(- 72,10)

Fonte: DATASUS/TABWIN

6 DISCUSSÃO

Apesar de se tratar de estudo envolvendo dados secundários, os quais apresentam limitações no que se refere à confiabilidade no momento da alimentação dessas informações, reconhece-se também a importância da utilização desses dados na realização de pesquisas científicas, visto a sua amplitude nacional e a sua capacidade na obtenção de diagnósticos situacionais demográficos e analíticos relativos aos aspectos aqui abordados.

Desse modo, tem-se o envelhecimento populacional como uma das grandes conquistas da humanidade, e também considerado um desafio no sentido do processo adaptativo da sociedade a essas transformações demográficas (OMS, 2005).

O mundo passa por um processo de revolução demográfica, no qual o número de pessoas idosas vem crescendo mais do que qualquer outra faixa etária. Essas transformações, por vezes, se limitavam a regiões desenvolvidas dos países. Entretanto, esse quadro vem se alterando substancialmente, passando os países em desenvolvimento a fazer parte também dessas mudanças. A forma como se encara esse processo varia entre as sociedades (OMS, 2005).

No Brasil, a mudança na estrutura etária da população e a rapidez da sua transformação são fenômenos identificados que vêm sendo discutido a algum tempo (VERAS *et al.*, 1988).

Evidencia-se uma carência de estudos que abordem a questão social referente a consequências do processo de envelhecimento da população. A maioria dos estudos que envolvem idosos no Ceará refere-se a questões relativas a limitações e dependência, instituições de longa permanência, violência contra os idosos, uso abusivo de medicamentos, entre outros (VERAS *et al.*, 1988).

Dessa forma, neste estudo, buscou-se não somente destacar questões relacionadas à alteração demográfica propriamente dita, mas também pontuar fatores sociais e econômicos que podem ter relação com a questão demográfica (de forma indireta) e com as interações por condições sensíveis (diretamente) e as possíveis consequências.

Fazendo análise por triênios (Tabela 1), observa-se que ocorreu um aumento significativo no número de idosos, fazendo-se necessário considerar as consequências que esse número absoluto poderá trazer para a sociedade.

Efetuando uma comparação com o percentual de idosos no Brasil, segundo o Censo do IBGE (2010), temos um quantitativo de 10,9% da população geral (190.732.694 habitantes) como sendo de pessoas que têm 60 anos ou mais de idade. Como se vê o percentual de idosos no Ceará (10,3%) está próximo ao percentual encontrado no país como um todo.

Segundo a OMS, um país pode ser considerado envelhecido quando 7% da sua população assim constituída é formada de pessoas com 60 anos ou mais de vida (MARIN *et al.*, 2004; VITOR *et al.*, 2009).

Percebe-se que o percentual encontrado no Ceará e no Brasil encontram-se bem acima da referência, e, portanto, pode-se afirmar que não somente o país, mas o estado do Ceará encontra-se em processo de envelhecimento demográfico, levando-se em consideração outros fatores como a redução do número de crianças, adolescentes e adultos jovens.

Vale ressaltar que esse aumento do número de idosos não é privilégio apenas do estado de maneira geral, mas um fenômeno presente em todas as microrregiões e macrorregiões de saúde do Ceará.

Todas as microrregiões de saúde apresentaram percentual do número de idosos maiores do que 7% quando comparados ao quantitativo de idosos do Estado como um todo. As regiões de saúde de Fortaleza, Caucaia e Maracanaú apresentaram menores proporções de idosos nos anos 2000 e 2011 (como dispõem as Tabelas 2 e 3), todas localizadas em uma única macrorregião do Estado, sendo uma a capital do Ceará e as demais pertencentes à Região Metropolitana.

A faixa etária, entre os idosos, que apresentou maior crescimento foi a de 80 anos ou mais (tabela 1), porém, a que concentrou o maior número de idosos no estado do Ceará foi a de 60 a 69 anos. Esse resultado corrobora com o que dispôs Veras (1995), quando relata que a maioria das pessoas idosas se encontra justamente nesta faixa etária de 60 a 69 anos, diferindo da realidade europeia, na qual, a maioria dos idosos encontra-se acima dos 70 anos de idade (faixa etária que também mais cresce).

Apesar de, em todos os triênios analisados, prevelecerem, em termos quantitativos, a faixa etária de idosos com 60 a 69 anos, sabe-se que os na faixa etária dos mais velhos (80 ou mais anos) vem sofrendo uma elevação acentuada, o que pode ser uma explicação para o aumento desses gastos em alguns anos da série histórica estudada e que serão referidos a *posteriori*.

Morosine *et al.* (2011) destacam a diminuição nas internações à medida em que se progride o envelhecimento. Esta poderia ser a explicação para a diminuição das internações por condições sensíveis como ver-se-á adiante. Entretanto, tem-se conjuntamente, maior média de permanência hospitalar e uma maior necessidade de utilização de tecnologias mais avançadas.

Em estudo feito em Maceió, capital de Alagoas, observou-se que, do total da amostra (N = 268), a maioria se encontrava dentro da faixa de idade dos 60 a 69 anos (59,2%) corroborando, também, com os resultados encontrados neste estudo (SANTOS; RIBEIRO, 2011). (Tabelas 1, 2 e 3; gráfico 4).

Com o crescimento da população idosa, aumenta a preocupação e o interesse pelas medidas que possam avaliar o valor despendido pelo Estado na manutenção da parcela improdutiva (em termos econômicos) da população (VERAS *et al.*, 1987, p.231).

Os idosos com idades avançadas também estão mais propensos a ter algum grau de incapacidade física e de serem dependentes nas práticas de atividades da vida diária. Portanto, faz-se necessária a identificação dos possíveis cuidadores, para que, os profissionais que atuam na atenção primária, possam apoiá-los dando o suporte necessário no sentido de orientar quanto aos cuidados na prevenção de complicações e agravos (NUNES *et al.*, 2010).

Com relação aos idosos mais jovens, é recomendado utilizar atividades de orientações rotineiras sobre a prevenção, impedindo que possíveis agravos possam contribuir e provocar internações desnecessárias e evitáveis.

Com respeito à distribuição por sexo, observou-se que em todo o Estado e na maioria das regionais de saúde estudadas, a prevalência de

mulheres entre os idosos é destaque (vide tabela 2, 3 e 4). Esse fenômeno também não foi algo inovador, pois já vêm sendo encontrados resultados semelhantes em várias outras pesquisas (NEGREIROS, 2004; CARVALHO *et al.*, 2009; NICODEMOS; GODOI, 2010).

Outro fato interessante, foi que em todas as faixas etárias entre os idosos, no Estado, prevaleceu o sexo feminino, como visualiza-se na tabela 4.

Alguns justificam o fenômeno da feminização da velhice como sendo resultado do aumento da expectativa de vida das mulheres em relação aos homens e do maior cuidado das mulheres em relação à sua saúde (VERAS, 2004).

Segundo Carvalho *et al.* (2009, p.580), “as mulheres são detentoras de saberes e práticas de saúde vivenciadas nas suas experiências cotidianas do cuidar e identificam de forma precoce sinais e sintomas de várias doenças [...]”

Assim, têm-se as mulheres vivendo, em média, sete anos a mais do que os homens (SALGADO, 2002).

Algumas pesquisas justificam a feminização pela menor mortalidade de mulheres idosas quando comparado aos idosos do sexo masculino (NEGREIROS, 2004; LUIZAGA; GOTLIEB, 2013).

Os homens morrem mais e mais precocemente do que as mulheres, predominando o sexo feminino entre as pessoas com mais de 60 anos (LUIZAGA; GOTLIEB, 2013).

Segundo projeção feita por Carvalho e Wong (2008), para cada 100 mulheres idosas existirá 80 homens com mais de 60 anos.

Destacando-se bem a questão da feminilização da velhice e colocando-a também como uma questão de gênero e que deve ser considerado nos estudos sobre o processo de envelhecimento (CAMARANO, 2006).

Vale ressaltar, ainda, que, além dos idosos, as mulheres também demandam por cuidados mais especializados e voltados para as suas necessidades de saúde específicas. Pode-se citar dentre esses: a prevenção de câncer de colo do útero e mama, prevenção e tratamento da depressão e diagnóstico e tratamento dos sintomas da menopausa, entre outros.

Apesar das mulheres apresentarem-se em maiores proporções e serem mais longevas, quando comparadas aos homens, estas tendem a apresentar maiores números de incapacidades físicas (GRUNDY, 2003).

Portanto, considera-se a questão de gênero no planejamento das ações de saúde um fator importante para que se possa prestar uma assistência de qualidade, prevenindo tanto as internações por condições sensíveis como mortes evitáveis.

Segundo Caldas (2003), a questão, que é paralela ao aumento do número de idosos na população, convive com os efeitos sociais da crise econômica que o Brasil enfrenta. A recessão econômica traz profundos impactos sociais sobre a vida desses idosos [...].

Diante da velocidade do aumento do número de idosos presentes no mundo, no Brasil e no Ceará como pode ser constatado, foi que Minayo e Coimbra (2002, p.46) relataram ser necessário “ouvir a lógica deste grupo socioetário”, contando com a sua participação na resolução e satisfação das suas principais demandas, as quais, muitas vezes, coincidem com as da sociedade de maneira geral.

Assim, acredita-se na necessidade de se buscar esclarecimentos com relação a questões econômicas e de gastos públicos relacionados à assistência à saúde de pessoas idosas, para que se possa utilizar essas análises no planejamento e na gestão desses serviços.

Com relação aos resultados das internações no estado do Ceará tem-se uma redução no número de internações por todas as causas entre a população, verificadas neste estudo, contribuindo com outros resultados de pesquisas semelhantes que também indicaram uma forte tendência à queda nas internações gerais (públicas e privadas), bem como nas internações por condições sensíveis (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; MACINKO *et al.*, 2011; BATISTA *et al.*, 2012).

No que se refere às internações financiadas por planos de saúde gerais (em todas as faixas etárias), observou-se uma redução dessas internações (15%) no período estudado, que pode estar relacionada tanto ao crescimento na cobertura de usuários de planos de saúde no Estado, sinalizando além de uma melhoria nas condições econômicas da população, como uma maior acessibilidade dos usuários e uma melhor assistência,

incluindo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Ou seja, as internações financiadas por planos de saúde apresentaram-se reduzidas, indicando resultados positivos no que se refere às estratégias de ações e planejamento da assistência prestada por esses planos, como também resultado da própria política de contenção de custos desses planos, como é o caso da medicina preventiva terciária com a utilização de *Home Care*.

A literatura destaca alguns programas da Agência Nacional de Saúde Suplementar voltados à promoção de saúde e prevenção de riscos e de doenças, dando atenção especial à Política Nacional de Saúde do Idoso, proporcionando aos usuáries de planos de saúde enfoque à integralidade do cuidado, melhorando a saúde destes beneficiários (BRASIL, 2007; CURCI, *et al.*, 2013).

Com relação às internações públicas, verifica-se que apesar dos investimentos direcionados à atenção primária e do aumento na cobertura da ESF, nesse período, tem-se um incremento dessas internações. Nesta perspectiva, e diante das reduções nas taxas de ICSAP (verificadas na figura 6), investigaram-se quais das causas de internações seriam responsáveis por esse aumento nas hospitalizações públicas, e concluiu-se que, esse aumento pode ser devido às internações por condições não sensíveis, visto que as taxas de ICSAP estão sendo reduzidas enquanto as não sensíveis estão aumentando, portanto, não dependentes de ações assistenciais da atenção básica (ver Apêndice H).

Novos estudos relativos às internações não sensíveis devem ser estimulados com intuito de se verificar quais as principais causas dessas internações, direcionando ações e políticas intersetoriais capazes de melhorar as condições de saúde da população de forma geral.

Outro fator que também poderia influenciar o aumento das internações públicas foi o aumento do número de leitos hospitalares públicos no Estado, o que além de justificar o aumento das internações, também pode ser responsável em parte pelo aumento dos gastos no último triênio analisado.

Porém, mesmo não sendo as ICSAP responsáveis pelos aumentos das internações públicas no estado, percebe-se que as mesmas continuam se destacando como importantes causas de internações, correspondendo a uma proporção significativa (14,4%) da parcela de internações públicas por todas as

causas no Estado, em 2011. Observa-se, ainda que, apesar da diminuição no número absoluto das ICSAP em idosos, as proporções relacionadas ao total de internações por ICSAP gerais aumentaram neste período.

Estudo realizado no Distrito Federal, em 2008, apontou que 20% do total das internações realizadas no SUS eram relativas às internações por condições sensíveis, enquanto que, em inquéritos hospitalares realizados encontraram que 38,8% do total das internações eram por condições sensíveis (FERNANDES *et al.*, 2009; JUNQUEIRA; DUARTE, 2012).

As ICSAP, como relatado anteriormente, se caracterizam como indicadores de resultados utilizados para avaliar a acessibilidade e a eficácia dos serviços da atenção primária em saúde, a partir do contexto assistencial hospitalar (CAMINAL *et al.*, 2003).

Assim, muitos estudos passaram a investigar as ICSAP como um meio eficaz utilizado para avaliação de desempenho da atenção primária em saúde no Brasil e em outras partes do mundo (BRASIL, 2008; ALFRADIQUE *et al.*, 2009; NEDEL *et al.*, 2010).

Outros autores também as consideram importantes medidas de acesso e eficácia da atenção primária (CAMINAL *et al.* 2003).

No Estado do Ceará, tem-se observado uma redução significativa das ICSAP porém, este número ainda é representativo diante das internações gerais. Já as ICSAP em idosos representam boa parte das internações por ICSAP em todas as faixas de idade.

Estudo realizado no Brasil, em 2012, teve um desfecho semelhante. Foi realizado em todos os estados do país uma análise nas tendências das ICSAP e concluiu-se que existe uma tendência à diminuição (3,7%) destas hospitalizações. Cada estado, porém, apresentando uma velocidade própria (BOING *et al.*, 2012).

Boing *et al.* (2012) relatam que na maioria dos estados brasileiros ocorreu uma redução substancial nas ICSAP gerais, no período compreendido entre 1998 a 2009, embora, em uma parcela menor, também tenha sido visto acréscimos ou estabilizações desses números.

Medindo a variação percentual, na série histórica, e englobando as regiões de saúde do Estado, percebe-se uma tendência pouco homogênea entre as microrregiões estudadas, em que boa parte destas, apresenta uma

tendência à diminuição nos números de ICSAP em idosos, e em outras, ao contrário, um aumento (tabela 5).

Observou-se que a variabilidade relacionada aos números de ICSAP no Estado pode ser considerada um fator importante no esclarecimento de aspectos relativos aos gastos por essas internações em microrregiões distintas.

De forma semelhante, Santos *et al.* (2013) corroboram com este resultado quando destaca que, apesar de haver uma tendência à redução nas taxas de ICSAP, existem grandes disparidades entre os municípios estudados (13 municípios do Rio Grande do Sul).

Em Juiz de Fora - Minas Gerais, as taxas de ICSAP se elevaram, passando de 7,74 para 8,81/mil habitantes nos períodos de 2002-2005 e 2006-2009, respectivamente, entretanto, percebeu-se, que esse crescimento foi discreto. Nos municípios menores, as taxas apresentaram-se mais elevadas (BASTOS *et al.*, 2012).

O Ministério da Saúde (2008) destaca que no País, de forma geral, existe uma tendência à queda no número de ICSAP, embora informe também que não se saiba ao certo se os grupos de ICSAP na sua totalidade demonstram o mesmo comportamento, pois em grande parte dos estudos refletem apenas os resultados de algumas causas como identificado no estudo a seguir.

Estudo feito no Rio Grande do Sul, em uma série histórica de 10 anos (1995 a 2005), uma diminuição nas taxas de internações em quase todos os municípios do Estado foi detectada. Porém, é necessário pontuar que, neste estudo, foram analisados apenas alguns grupos de ICSAP, como: diabetes, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças imunopreveníveis, diferentemente deste, o qual abrangeu todas as causas de ICSAP, excetuando-se, apenas, as internações provocadas por partos ou problemas relacionadas ao parto e distúrbios mentais (DIAS-DA-COSTA, J. S *et al.*, 2010; BOING, 2012).

Com relação à frequência dos grupos de ICSAP em idosos no Ceará, observa-se um predomínio de agravos como: insuficiência cardíaca, gastroenterites infecciosas e suas complicações, doenças cerebrovasculares, asma e diabetes (Figura 22).

Algumas dessas causas, como as gastroenterites e a própria asma, se caracterizam como condições passíveis de controle com simples modificações ambientais como o saneamento básico e controle de poeira, ácaros, dentre outros. As demais, como insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e diabetes são agravos e complicações frequentes e comuns na faixa etária dos idosos.

Apesar de várias mudanças nos serviços de saúde e de melhorias gerais ocorridas no Estado, com a ampliação de saneamento e aumento da cobertura na atenção primária à população, aumento do PIB *per capita*, redução da taxa de desemprego, observam-se elevados números ICSAP, as quais poderiam certamente, serem evitados com ações práticas eficazes e de planejamento contínuo. Vale ressaltar, entretanto, que existem algumas causas ou grupos de internações por condições sensíveis que estão em franco processo de redução (tabela 6).

Um dos aspectos mais estudados em relação às ICSAP são as variáveis que influenciam na redução ou no aumento dessas taxas na população. Uma das mais avaliadas é a influência da ESF nestas taxas. Estudos têm demonstrado a relação de menores taxas de ICSAP relacionadas a maiores cobertura da ESF (MACINKO *et al.*, 2011; BATISTA, 2012).

Segundo Boing *et al.* (2012), no Brasil, vivenciou-se uma expansão no número de equipes ESF, aumentando de 0,3 equipes por 1.000 habitantes em 1994, para 31,6 por 1.000 habitantes, em 2010, bem como uma elevação da cobertura populacional da ESF que passou de 6,6%, em 1998, para 50,7%, em 2009.

Entretanto, Santos *et al.* (2013, p.247) pontuam que “os municípios com as maiores taxas de diminuição de ICSAP não são os que apresentam uma maior cobertura de equipes da ESF.” Nestes locais, persiste a procura elevada pela assistência em hospitais de referência. Assim, faz-se necessário abordar outros aspectos, como o caso de variáveis exógenas, que possam estar relacionadas às ICSAP.

Portanto, percebe-se que existem divergências nas pesquisas com relação ao aumento ou diminuição das taxas de ICSAP, quando relacionado à influência da ESF.

Nesta pesquisa, verificou-se que o Ceará teve grande evolução com relação ao aumento da cobertura da ESF, apresentando um acréscimo considerável da cobertura da população a esse tipo de serviço (Figura 9). Porém, alguns municípios apresentaram proporção de cobertura estimada da ESF menor do que 40%, entre eles a capital do Estado, Fortaleza.

A respeito deste fato, sabe-se que a baixa cobertura da ESF é um aspecto comum nas grandes metrópoles e que esta ocorre devido ao alto custo na implantação das equipes, a persistência do modelo hospitalocêntrico direcionados à cura e tratamento de doenças. Outros fatores que também podem ser considerados, no que se refere a dificultar a procura dos serviços de atenção básica e influenciar no direcionamento da população à emergência de hospitais públicos e privados, são: número de médicos por mil habitantes e a cobertura de planos de saúde. Esses dois fatores poderão influenciar na procura da população a unidades hospitalares que tenham assistência ambulatorial, indo de encontro às diretrizes preconizadas pela atenção primária à saúde.

Com relação ao número de médicos, ocorre basicamente o mesmo de quando se tem o aumento no número de leitos hospitalares, em que a demanda é condicionada pela oferta de serviços e não pela necessidade de saúde das pessoas. Isso de forma indireta poderá contribuir com o aumento dos gastos com internações.

Segundo informações contidas no *site* do Datasus, o número absoluto de médicos passou de 5.339 em 2000 para 8.970 em 2010, indicando um aumento de 68%.

Com relação ao acesso da população a planos de saúde, pontua-se para, além da melhoria das condições econômicas das famílias, uma conseqüente diminuição na utilização dos serviços públicos, não entendendo isso como uma regra.

Algumas pesquisas têm demonstrado a existência de relação entre o aumento de ICSAP e a disponibilidade aumentada de leitos hospitalares em determinados municípios. Esse fato vem a confirmar que, muitas vezes, estas internações se dão não pela necessidade, mas pela disponibilidade de leitos, direcionando a um preenchimento e utilização desses serviços (SANTOS, *et al.*, 2013; MACINKO *et al.*, 2011).

Vale ressaltar que, segundo Macinko *et al.* (2011), esta relação se dava com o aumento de leitos privados.

Segundo Batista *et al.* (2012) e Santos *et al.* (2013), um dos principais limites para o uso das ICSAP como um indicador sensível que mede o desempenho e a resolutividade da atenção primária, é o fato da sua variação não estar somente relacionada a problemas na atenção básica, mas, ser influenciado, também, por outros fatores como a disponibilidade de serviços de saúde que seria um problema mais ligado ao próprio funcionamento do sistema de saúde brasileiro. Portanto, acredita-se que esse elemento não poderá ser analisado de forma isolada.

Assim, Casanova e Starfield (1995) consideram importante relacionar, além de aspectos relacionados à atenção primária em saúde, a influência de outros fatores como indicadores socioeconômicos, demográficos, condições de oferta de serviços assistenciais, entre outros.

Com relação aos aspectos econômicos com as internações públicas por ICSAP, foram analisados gastos com internações públicas de pessoas idosas no Estado, não refletindo a realidade da população geral, mas somente desse grupo específico.

Vale ressaltar que as tabelas do SUS de produção ambulatorial e hospitalar passaram por revisões deixando de ser tabelas de procedimentos específicos para tornarem-se tabelas de procedimento unificadas (2008), aspecto importante para a consolidação de uma base de dados única de informações. Porém, detectou-se que mesmo com os reajustes nas tabelas de procedimentos do SUS, os gastos federais com internações por condições sensíveis em idosos vêm sofrendo reduções, apesar de se observar algumas elevações durante o período. Assim, busca-se, entre outros fatores, aqueles que possam estar mais diretamente relacionados a esse fenômeno.

Mesmo considerando este fato, foram averiguados entre as principais causas de internações por ICSAP no Estado, os valores relativos a esses procedimentos de acordo com as tabelas e reajustes do SUS através do *site* <<http://sigtab.datasus.gov.br>>.

As análises estatísticas comprovaram a relação direta entre as internações hospitalares por ICSAP em idosos e os gastos federais com essas internações, apesar do aumento substancial do número de pessoas idosas no

Estado, indicando uma boa resposta às ações desenvolvidas pela atenção primária. Apesar deste fato, defrontou-se com aumentos pontuais dos gastos nos anos 2004, 2007 e 2009.

Esses aumentos pontuais dos gastos com internações por condições sensíveis em idosos se justificam primeiro pelo sujeito principal deste estudo ser o idoso, pois sabe-se que por se tratar de pessoas com mais de 60 anos, surge uma maior probabilidade de internações (mais episódios), hospitalizações mais prolongadas e maior necessidade de utilização de tecnologias de alto custo.

Vale ressaltar que o aumento dos gastos com internações hospitalares sinaliza para a manutenção de um modelo assistencial médico-hospitalocêntrico, voltado para o tratamento de doenças, não para um sistema de vigilância da saúde centrado na prevenção de agravos, apesar de se perceber o incremento dos investimentos nesta área e o crescimento na cobertura da ESF na população de uma forma geral (SANTOS; TANAKA, 2011).

Segundo Morosini *et al.* (2011, p.91) “a razão entre a proporção de recursos pagos com internações hospitalares e o tamanho proporcional da população aumenta gradativamente com a idade.”.

Algumas pesquisas justificam o aumento dos gastos com morbidades em idosos destacando fatores como: maior prevalência de morbidades nestas faixas, necessitando de maiores recursos para tratá-las; maior frequência de internações nesta faixa etária; e aumento dos custos nas internações nesta idade.” Todos esses fatores podem estar contribuindo com esse aumento, colaborando com a hipótese explicativa de que o crescimento nos gastos se justifica pela ocorrência em idosos e que, como referido anteriormante, tendem a utilizar mais tecnologias e a permanecer por mais tempo hospitalizados.

Associado a esse fato, tem-se o aumento de doenças crônicas e suas possíveis complicações como principais causas de internações por condições sensíveis, o que também influencia no aumento dos gastos, associado ainda às causas de internações por doenças ou agravos infecciosos como destaca o parágrafo seguinte.

Os maiores gastos foram com doenças comuns nesta faixa etária, como: insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, gastroenterites

infecciosa e suas complicações, doenças pulmonares, entre outras (apesar da maioria dessas doenças estarem em processo de redução). Assim, confirma-se a hipótese de que esse aumento se deu justamente pelo grupo de sujeitos incorporados a essa pesquisa.

Corroborando com esse estudo, Gois *et al.* (2010) destacam que, em parte, o aumento dos gastos com hospitalizações de idosos pode ser explicado pelo predomínio de doenças do aparelho circulatório e a coexistência de doenças infecciosas e parasitárias, além do aumento crescente das neoplasias nesta idade.

É necessário considerar que apesar das melhorias nas coberturas de equipes de saúde da família no Estado, existem algumas causas de internações consideradas sensíveis às ações da atenção primária que continuam aumentando, como: doenças pulmonares e infecções nos rins e trato urinário (Tabela 10).

Conforme dito anteriormente, uma boa atuação da atenção básica e uma cobertura satisfatória são meios práticos de se evitar ou pelo menos reduzir tais internações o que nesses casos citados anteriormente não ocorreu.

Outro fator que merece destaque é o indicador PIB *per capita*, o qual se caracteriza por indicar o nível de desenvolvimento de uma determinada região, representando a soma de todos os bens e serviços produzidos, divididos pela quantidade de habitantes de uma determinada localidade.

O PIB *per capita* do Ceará demonstra um desenvolvimento crescente no período estudado, apontando para investimentos sociais e econômicos importantes, como demonstrado na descrição dos indicadores utilizados nesta pesquisa. Apesar do crescimento e da melhoria do PIB no Estado, o Ceará tem o quinto (5º) mais baixo PIB do Brasil, segundo dados do IPECE (2010).

O PIB *per capita* de maior valor e com evolução positiva foi encontrado nas regiões de Fortaleza (15.055,09) e Maracanaú (11.840,51) as quais pertencem a uma mesma macrorregião de saúde.

Percebe-se que a melhoria no desenvolvimento de um Estado ou de uma região poderá estimular o aumento de unidades assistenciais, as quais determinarão a necessidade desses serviços. Como diriam Cecílio (2001) e Santos *et al.* (2013), as necessidades de saúde muitas vezes são

determinadas pela oferta desses serviços. Ou seja, a implementação de novas instituições ou o aumento no número de leitos hospitalares podem estimular e aumentar as internações hospitalares (internações públicas) nesse período.

Apesar de, no geral, ter havido uma redução nas taxas de ICSAP no Estado, identificou-se um aumento desses números em algumas microrregiões de saúde e uma heterogeneidade considerável entre as microrregiões estudadas.

Além do PIB *per capita* analisou-se a evolução de indicadores como taxa de analfabetismo, taxa de desemprego, esperança de vida ao nascer, entre outros, os quais indiretamente podem contribuir para explicar o aumento dos gastos com ICSAP no Estado. A taxa de desemprego representa um indicador importante que mede as condições de atividade econômica e também fornece informações sobre as condições do mercado de trabalho.

Menores taxas de desemprego sinalizam para uma melhoria do poder aquisitivo da população, influenciando em uma maior vinculação a planos de saúde e, conseqüentemente, na redução das demandas aos serviços assistenciais do SUS.

Vale ressaltar ainda, segundo dados do IPECE, que o Ceará, apesar da evolução, possui a quarta pior renda média domiciliar do país (R\$ 492,36), perdendo apenas para os Estados de Alagoas (R\$ 481,54), Piauí (R\$ 447,17) e Maranhão (R\$ 404,99). Este aspecto vem para confirmar o quadro de recessão econômica no qual nos encontramos (figura 15 e 16).

A alteração demográfica parece influenciar, de certo modo, no aumento da renda média *per capita* da população cearense devido ao alto contingente do número de idosos, recebendo benefícios previdenciários. Evidenciou-se este fato em um estudo realizado no Estado do Ceará, em 2005, no qual observou-se a existência de grande contingente de lares sobrevivendo de benefícios recebidos por idosos, com cerca de 60% dos entrevistados (idosos) afirmaram serem responsáveis pelo sustento familiar, principalmente no interior do Estado (SOUSA et al., 2008)

Com relação à participação dos programas assistenciais do Governo Federal no aumento da renda média domiciliar *per capita* dessas famílias parece não ser algo capaz de influenciar tanto neste aspecto visto que, segundo os autores supracitados, as residências de idosos cobertas por esses

programas constituíam apenas 13,5% (a maior parte relacionadas ao Bolsa Família e ao Vale Gás), não apresentando representatividade com relação às residências constituídas por pessoas idosas (SOUSA *et al.*, 2008). Entretanto, é sabido, que esses programas influenciam na melhoria das condições socioeconômicas e de renda da população cearense como um todo (SOUSA *et al.*, 2008).

Em 2011, o Brasil apresentava 84,6% dos domicílios com abastecimento de água adequado, enquanto no Nordeste a cobertura era de 79,9%. O Ceará, portanto, estava abaixo dessa média, visto que o mesmo tinha uma cobertura de, aproximadamente, 78%, valor próximo ao encontrado na região Nordeste (figura 20).

Com relação às ICSAP, verificou-se uma variação percentual quando analisadas sob o aspecto das microrregionais de saúde. Em algumas, as frequências de ICSAP apresentaram um crescimento, enquanto em outras, esses números decresceram. Existiram também microrregiões de saúde as quais esses números permaneceram praticamente inalterados.

Entretanto, observou-se que, alguns grupos de ICSAP apresentaram significativos aumentos nas internações, com destaque para os seguintes grupos: pneumonia bacteriana, diabetes melitus, infecções do rim, doenças preveníveis por imunizações, anemias, infecções de ouvido/nariz/garganta, angina, epilepsia e infecção de pele e tecidos subcutâneos (vide tabelas 7, 8 e 9). As três primeiras causas de internações estão entre as que apresentaram maiores gastos (pneumonia bacteriana, diabetes melitus, infecções do rim e trato urinário).

Dentre as causas destacadas anteriormente, a maioria são preveníveis por uma atuação efetiva da atenção primária, entretanto não foi o resultado esperado, pois, apesar da melhoria na cobertura da ESF esses números continuam se elevando.

Essa afirmativa não quer dizer que a atenção primária seja a única determinante desses gastos, porém sabe-se que 85% desses agravos poderiam ser resolvidos na atenção básica, não necessitando conseqüentemente de internações (STARFIELD, 2002).

Estudo semelhante, feito na cidade de Recife, capital de Pernambuco, demonstrou uma redução tanto no número de ICSAP como dos

valores gastos por estas causas, nos anos de 1998 e 2005 (MOROSINI *et al.*, 2011).

De forma semelhante, além da redução das taxas de ICSAP, ocorre uma diminuição dos gastos com essas internações. Porém, vale ressaltar, que nenhum desses estudos se trataram de ICSAP em idosos (BRASIL, 2008).

Neste estudo observou-se relação direta entre as taxas de ICSAP em idosos e os gastos relacionados a elas, demonstrando a influência dessas internações nos gastos efetuados por esses serviços, bem como demonstra a importância de uma boa qualidade de atendimento dos serviços de atenção primária.

Dentre as variáveis externas estudadas, identificou-se relação direta e positiva entre os gastos e as variáveis índice de Gini da renda média domiciliar, taxa de desemprego, taxa de analfabetismo e percentual de pessoas em extrema pobreza, no Estado do Ceará. Este fato demonstra que, a medida em que se tem índices altos desses indicadores sociais, o que indica piores condições de vida da população envolvida, os gastos com ICSAP em idosos também tendem a ser mais elevados, assim como as próprias internações.

Entretanto, outros indicadores, como os relacionados à estrutura dos serviços de atenção primária (população coberta por ESF e número de profissionais médicos por 1.000 habitantes) e saneamento básico (proporção de domicílios com esgotamento sanitário) demonstraram uma relação negativa com a variável gastos com ICSAP em idosos. Esse fenômeno é interessante, pois sabe-se que à medida em que ocorre a melhoria dos serviços básicos de saúde tem-se uma redução nas taxas de ICSAP e, conseqüentemente, uma redução dos gastos com ICSAP em idosos no Estado.

Como referiu Batista *et al.* (2012), novos estudos devem ser estimulados no sentido de esclarecer o impacto que as ações da atenção primária tem sobre as taxas de ICSAP, relacionando não somente os aspectos quantitativos, como também questões relacionadas à qualidade e satisfação da assistência prestada a população de uma maneira geral, não esquecendo a importância e a representatividade das pessoas idosas nesse cenário.

A exploração deste tema é um fato que merece ser estimulado, por pesquisadores dentro e fora da academia, devido à sua relevância para a

avaliação dos serviços, e por ser considerado algo complexo, requerendo análises sucessivas em todas as áreas dos serviços de assistência pública à saúde.

7 CONCLUSÃO

Através desta pesquisa, apesar das limitações já referidas, foi possível obter resultados consistentes, os quais ajudaram na obtenção de um diagnóstico situacional demográfico e analítico relativos aos aspectos aqui abordados.

Percebeu-se que a alteração demográfica é algo real e que a sociedade necessita de preparação para enfrentar as consequências que poderão surgir a partir da materialização deste fenômeno, principalmente quando se refere a um estado pobre e que enfrenta dificuldades sociais e econômicas, situado no interior do Nordeste brasileiro.

O Ceará está caracterizado como um estado com uma alta concentração de pessoas idosas e, conseqüentemente, com uma alteração demográfica importante a qual influencia na ocorrência de outros efeitos, como é o caso da transição epidemiológica. As pessoas idosas estão mais propensas a apresentar doenças crônicas e complicações relativas a esses agravos. Necessitam de cuidados apropriados, de maiores gastos e de tecnologias mais avançadas que possam satisfazer as necessidades de saúde específicas desse grupo-alvo.

O objetivo deste estudo não foi enfrentar esta alteração demográfica como uma vilã, responsabilizando-a pelos gastos e internações, mas de demonstrar a necessidade de mudanças e direcionamento das políticas públicas voltadas, também, para esta parcela da população.

Associado a este fato, no geral, tem-se a redução dos gastos relativos às internações por ICSAP em idosos, que estão diretamente relacionadas a taxas de internações por condições sensíveis e, indiretamente, a efetividade das ações da atenção primária desenvolvidas pelos serviços referidos no estado. Observou-se a influência de fatores externos, como alguns indicadores sociais, elementos ligados a questões de saneamento básico e estrutura de serviços de saúde.

Apesar da redução das causas de internações por ICSAP e dos gastos relativos a elas, algumas causas se destacaram por apresentarem

aumentos desses números e por referirem-se a complicações e agravos infecciosos associados e agravados pela faixa etária estudada.

Uma das contradições identificadas foi a não homogeneidade na disposição dos casos de internações e dos gastos, no período, e entre as microrregiões de saúde, pois algumas apresentaram reduções, enquanto outras aumento.

Outro aspecto valoroso deste estudo, apesar de não inovador, nem privilégio desta pesquisa, foi a feminização da velhice no Ceará, que sinaliza para a necessidade de cuidados específicos, além da tendência de sobrecarga intensa dos serviços de saúde, justificada por serem as principais frequentadoras dessas unidades. Cuidados individualizados e oportunos são necessários para que se consiga direcionar políticas públicas assistenciais também a essas mulheres.

Vale destacar que o Ceará apresentou uma redução nas taxas e gastos com ICSAP em idosos, de forma geral, apesar de algumas causas de internações apresentarem elevações. A partir dessa observação surge um questionamento importante: se nos dias atuais vivencia-se um aumento importante do número de idosos, como as internações referentes a esse grupo estão diminuindo? Consequência de uma atenção primária efetiva? Estes questionamentos poderão instigar o surgimento de novas pesquisas capazes de melhorar o conhecimento com relação a esta problemática.

Com relação aos aspectos financeiros, percebe-se que apesar da redução dos gastos com ICSAP em idosos, no período estudado, os valores dispensados com essas internações foram altos. Os mesmos poderiam ter sido empregados em outras áreas da saúde, em especial, na própria atenção primária, que tanto necessita de investimentos e ampliações em sua cobertura, contribuindo, ainda mais, para a redução na procura de serviços assistenciais secundários e terciários.

Observou-se, ainda, a importância dos vários indicadores sociais e econômicos como contribuintes da compreensão tanto das tendências, relativas às taxas de ICSAP, quanto dos valores gastos com essas internações, reconhecendo a influência dos mesmos, individualmente, na ocorrência desses fenômenos.

Foi possível perceber, também, através da análise destes, a melhoria e o desenvolvimento do Estado do Ceará através desses indicadores, vistos e correlacionados na série histórica estudada o que poderia justificar as reduções nos gastos e taxas de ICSAP em idosos. Evoluções positivas foram sentidas repercutindo na melhoria da qualidade de vida e da situação de saúde da população.

Assim, percebe-se que apesar dos avanços alcançados, os serviços primários necessitam tornar-se mais resolutivos com investimentos crescentes, alavancados por uma política de qualidade, intersetorialidade, humanização e responsabilidade. O desenvolvimento de setores como: o social, econômico e ambiental, além de outros, é primordial para que se consiga alcançar uma melhoria das condições de saúde da sociedade.

REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE, Sandra Márcia Lins de. **Envelhecimento ativo: desafios do século**. São Paulo: Andreoli, 2008.
2. ALFRADIQUE, Maria Elmira; BONOLO, Palmira de Fátima; DOURADO, Inês; COSTA, Maria Fernanda Lima et al..Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.25. n.6, p.1337-1349, jun. 2009.
3. ALVES, Rubem. **As cores do crepúsculo: a estética do envelhecer**. São Paulo: Papyrus, 2001.
4. AMARAL, Ana Cláudia Santos; COELI, Cláudia Medina; COSTA, Maria do Carmo Esteves da; CARDOO, Vânia da Silva; TOLEDO, Ana Lúcia Araújo de; FERNANDES, Carla Rodrigues. Perfil de mortalidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1618-1626, nov./dez. 2004.
5. ANDRADE, L. M de; BARRETO, I. C. de H. C; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al.**Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.
6. ANSARI, Z; LADITKA J. N; LADITKA S. B. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. **Med Care Res Rev**. v.63, n.6, p.719-741, dez. 2006.
7. ANTOLIN, P; SUYKER, W. **How should norway respond to ageing?** OECD Economics Department Working Papers, No. 296, OECD Publishing. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1787/385156551776>>, 2001.
8. ARRUDA, Francisca Lucia Nunes de; MARTINS, Fernanda Cristina Castelo de Lima; SOUZA, Maria de Fátima de. **Retrato do setor saúde no Ceará**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2010. 216 p. (Coleção do Projeto de Cooperação Brasil-Canadá para a Formação de Recursos Humanos por Competências nas Escolas de Formação em Saúde do Estado do Ceará).
9. BASTOS, Rita Maria Rodrigues; CAMPOS, Estela Márcia Saraiva; RIBEIRO, Luiz Cláudio; FIRMINO, Roberti Uili Rodrigues; TEIXEIRA, Maria Teresa Bustamante. Internações por condições sensíveis à atenção primária em municípios do sudeste do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**. Minas Gerais, v.59, n.2, p.120-127, 2013.
10. BATISTA, Sandro Rogério Rodrigues; JARDIM, Paulo César Brandão Veiga; SOUSA, Ana Luiza Lima; SALGADO, Cláudia Maria. Hospitalizações por condições cardiovascular sensíveis à atenção primária

- em municípios goianos. **Revista Saúde Pública**, v.46, n.1, p.34-42, 2012.
11. BENETTI, I, C; FAGUNDES, M. M; ZANELLA, M. Construção sócio-histórica do idoso cidadão. **Revista Caminhos**, "Dossiê Humanidades", Rio Grande do Sul, v. 2, n. 1, p. 213-228, jan./mar. 2011.
 12. BERENSTEIN, Claudia Koepfel; WAJNMAN, Simone. Efeito da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.10, p.2301-2313, out. 2008.
 13. BERMUDEZ, D; BAKER, L. The relationship between SCHIP enrollment and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in California. **J Health Care Poor Underserved**. v.16, n.1, p.96-110, fev. 2005.
 14. BERZINS, Marília V; BORGES, Maria Claudia (Orgs.). **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.
 15. BOING, Antônio Fernando; VICENZI, Rafael Baratto; MAGAJEWSKI, Flávio; BOING, Aalexandra Crispim; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; PERES, Karen Glazer; LINDNER, Sheila Rubia; PERES, Marco Aurélio. Redução das internações por condições sensíveis as ações da atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.2, p.359-366, abr. 2012.
 16. BONETI, LindomarWessler. **Educação, exclusão e cidadania**. Ijuí: Unijuí, 1997.
 17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família: expansão com qualidade e valorização de resultados: relatório das atividades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 208p. (Série D. Reuniões e Conferências).
 18. _____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar: manual técnico**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007.
 19. _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2001.
 20. _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1988.
 21. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena - Desai. COMOA. **Relatório de Gestão 2003 a 2005**. Brasília, 2005.
 22. _____. Ministério da Saúde. **Política de saúde do idoso**. Portaria n. 1.395/GM, 10/12/1999. Brasil: 1999. Disponível em: <<http://www.funasa.br>>. Acesso em: 23 nov. 2013.

23. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
24. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **O Pacto pela Saúde 2006:consolidação do SUS/ Diretrizes Operacionais**. Nº75. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 70p.
25. _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 72 p.
26. _____. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12** do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>> Acesso em: 09 out. 2013.
27. CABRAL, Benedita Edina. Família e idosos no Nordeste Brasileiro. **Caderno CRH**, Salvador, v.11, n. 29, p. 49-67, jul./dez. 1998.
28. CACHIONI, Meire. Universidade da terceira idade: das origens à experiência brasileira. In: NERI, A.L.; DEBERT, G.G. (Org.). **Velhice e sociedade**. Campinas: Papyrus, 1999, p. 141-178.
29. CAMARANO, Ana Amélia. **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 1999.
30. CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, J. L. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In: CAMARANO, A. M. (org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, p.411-426, 2004.
31. CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v.27, n.1, p.232-235, jan./ jun. 2010.
32. CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004, v. 1, p. 253-292.
33. CAMINAL, Homar J; MORALES, Espinoza M; SANCHEZ, Ruiz E; CUBELLS, Larrosa M. J; BUSTINS, Poblet M. Hospitalizations preventable by timely and affective primary health care. **Aten Primaria**, v.31, n.1, p.6-14, jan. 2003.
34. CARVALHO, Cecilia Maria Resende Gonçalves de;BRITO,Cleidiane Maria Sales de; NERY, Inez Sampaio; FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes. Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.4, p.579-582,

jul./ago. 2009.

35. CARVALHO, José Alberto Magno de; GARCIA, Ricardo Alexandrino O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.725-733, 2003.
36. CARVALHO, José Alberto Magno de; WONG, Laura L. Rodriguez. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n.3, p.597-605, 2008.
37. CASANOVA, C; STARFIELD, B. Hospitalizations of children and access to primary health care: a cross-national comparison. **Int J health Serv.**, v.25, n.2, p.283-294, 1995.
38. CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integridade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. Org. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/MS: ABRASCO, 2001.
39. COSTA, Juvenal Soares Dias da; BORBA, Laura Garcia de; PINHO, Michele Nunes; CHATKIN, Moema. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.7, p.1699-1707, jul. 2008.
40. CURCI, Kátia Audi; OLIVEIRA, Martha Regina de; RANGEL, Michelle Mello de Souza; MENDES, Simone. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doença na saúde suplementar: um breve histórico. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.37, n.2, p.230-240, 2003.
41. CUTLER, D. M.; MEARA, E. The medical costs of the young and old: a forty-year perspective. In: WISE, D.A. editors. **Frontiers in the economics of aging**. Chicago: University of Chicago; 1998. p. 215-46.
42. DEBERT, G. G. Envelhecimento e curso da vida. **Revista Estudos Feministas**, v.15, n.1, p.725-727, 1997.
43. DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares; BÜTTENBENDER, Dóris Clarita; HOEFEL, Ana Lúcia; SOUZA, Leonardo Lemos. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.358-364, fev. 2010.
44. ELIAS Paulo Eduardo; FERREIRA, Clara Whitaker; ALVES, Maria Cecília Góis; COHN, Amélia; KISHIMA, Vanessa; ESCRIVÃO JÚNIOR, Álvaro; GOMES, Adriana; BOUSQUART, Aylene. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.633-641, 2006.
45. FELIX, Jorgemar Soares. **Economia da longevidade: o envelhecimento da população brasileira e as políticas públicas para os idosos**. 2009. 93fl. Dissertação (Mestrado em Economia Política) Pontifícia Universidade

Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

46. FERNANDES, Flávio da Silva. **As pessoas idosas na legislação brasileira**: direito e gerontologia. São Paulo: LTr, 1997.
47. FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v.52, n.1, p.223-251, 2009.
48. FOGEL, Robert W. Forecasting the cost of U.S. health care in 2040. **Journal of Policy Modeling**, Elsevier, v.31, n.4, p.482-488, jul. 2009.
49. FOLAND Joan. **Avoidable hospitalizations**: an indicator of inadequate primary care. Hartford: Connecticut Department of public health, 2001.
50. FRANCISCO, Papa. **Entrevista do Papa Francisco ao fantástico**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2013/07/fantastico-exibe-entrevista-exclusiva-com-para-francisco.html>> Acesso em: 28 jul. 2013.
51. FREITAS, E. V; PY, L; CANÇADO, F. A. X; DOLL, J; GORZONI, M. L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
52. FRIAS, L. A de M; CARVALHO, J. A. M. de. Fecundidade nas regiões brasileiras a partir de 1903: Uma tentativa de reconstrução do passado através das gerações. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, **Anais**, v.2, p.23-46, 1994.
53. GARRIDO, Regiane; MENEZES, Paulo R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v.24, supl.1, p.3-6, abr. 2002.
54. GOIS, Ana Luzia Batista de; VERAS, Renato Peixoto. Informações sobre morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p.2859-2869, 2010.
55. GONÇALVES, LúciaHisakoTakase; SILVA, Aline Huber da; MAZO, Giovaana Zarpellon; BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo; *et al.* O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.9, p.1738-1746, set. 2010.
56. GRUNDY, E. The epidemiology of aging. In: TALLIS, R.; FILLIT, H. editors. **Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology**. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003. p. 3-20.
57. GUERRA, Ana Carolina Lima Cavaletti; CALDAS, Célia Pereira. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.6, p.2931-2940, set. 2010.

58. HAYFLICK, L. Recent advances in the biology of aging. **Mech Ageing Devel.** v.14, n.1-2, p.59-79, set./out.1980.
59. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Projeção da população do Brasil para o período de 1980-2050: revisão 2004.** Rio de Janeiro: IBGE/COPIS; 2004. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/4_081010-120048-289.pdf> Acesso em: 09 dez. 2013.
60. _____. Resultado do Censo 2010 [on-line]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php> Acesso em: 25 out. 2013.
61. _____. Tabuas de Vida 2004 divulgada em 01/12/2005. Disponível em: www2.dbd.puc-rio.br (Acesso em: 02/12/2013).
62. INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). **Indicadores Sociais do Ceará 2011.** Secretaria do Planejamento e Gestão. Ceará, 2012.
63. JOÃO PAULO II. PAPA (1999). **Carta aos anciãos.** [Online]. Disponível em: http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/letters/documents/hf_jp-ii_let_01101999_elderly_po.html (Consultado em 12 de dezembro de 2012).
64. JUNQUEIRA, R. M; DUARTE, E. C. Hospitalizations due to ambulatory care-sensitive conditions in the Federal District, Brasil, 2008. **Revista Saúde Pública**, v.46, n.5, p.761-768, out. 2012.
65. KILSZTAJN, Samuel; ROSSBACH, Anacláudia; CÂMARA, Marcelo Bozzini da; CARMO, Manuela Santos Nunes do. Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. **Revista Brasileira de Estudos da População**, v.20, n.1, p.93-108, 2003.
66. LEBRÃO, Maria Lúcia. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Revista Científica da América Latina & Caribe.** São Paulo: Bolina, v.4. n.17, p.135-140, 2007.
67. LIMA, Priscilla Melo Ribeiro de; COELHO, Vera Lúcia Decnop. A arte de envelhecer: um estudo exploratório sobre a história de vida e o envelhecimento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.31, n.1, p. 4-19, 2011.
68. LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia Serviços e Saúde Brasília**, v.12, n.4, p.189-201, 2003.
69. LINCK, Caroline de Leon; LANGE, Celmira; SCHWARTZ, Eda; DILÉLIO, Alitéia Santiago; ZILLMER, Juliana Graciela Vestema; THORFERHN, Maira Buss. A inserção do idoso no contexto da pós-modernidade. **Ciências Cuidados em Saúde**, v.8, n.1, p.130-135, dez. 2009.

70. LUIZAGA, Carolina Terra de Moraes; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Mortalidade masculina em três capitais brasileiras, 1979 a 2007. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.16, n.1, p.87-99, 2013.
71. MACINKO, J; GUANAIS, F; SOUZA, F. An Evaluation of the impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.60, p.13-19, 2006.
72. MACINKO, James; DOURADO, Inês; GUANAIS, Frederico C. **Doenças crônicas, atenção primária e desenho dos sistemas de saúde: diagnósticos, instrumentos e intervenções**. Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2011.
73. MARTIN, Gilberto Berguio; CORDONI Jr., Luiz; BASTOS, Yara Berber Lima; SILVA, Poliana Vieira da. Assistência hospitalar à pessoa idosa em cidade do Sul do Brasil. **Epidemiologia Serviços e Saúde**, Brasília, v.15, n.1, p. 59-65, 2006.
74. MARIN, Maria José Sanches; AMARAL, Fernanda Siqueira; MARTINS, Isabela Bonifácio. Identificando os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem "risco de quedas" entre idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.57, n.5, p.560-564, set./out. 2004.
75. MASCARO, Sonia de Amorim. **O que é velhice**. São Paulo: Brasiliense, 2004 (Coleção Primeiros Passos).
76. MILLER, T. Increasing longevity and Medicare expenditures. **Demography**, v.38, n.2, p.215-226, maio 2001.
77. MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA Jr., Carlos E.A. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.
78. MOIMAZ, S. A. S; ALMEIDA, M. E. L. de; LOLLI, L. F; GARBIN, C. A. S; SALIBA, N. A. Envelhecimento: análise de dimensões relacionadas à percepção dos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**.v.12, n.3, p.361-375, 2009.
79. MOROSINI, Simone; MARQUES, Ana Paula de Oliveira; LEAL, Márcia Carrêra Campos; MARINO, Jacira Guiro; MELO, Hugo Moura de Albuquerque.. Custos e tempo de permanência hospitalar de idosos residentes em Recife-PE. **Geriatria & Gerontologia**,v.5, n.2, p.91-98, 2011.
80. MOTA, A. B. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR., C.E.A. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002.p.37-50.
81. MOTA, M. P; FIGUEIREDO, P. A; DUARTE, J. A. Condicionantes genéticos e estocásticos do envelhecimento biológico. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v.4, n.1, p.81-110, 2004.
82. MOURÃO, Camila Anastácio; SILVA, Nelson Mozer. Influência de um

programa de atividades recreativas na autoestima de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 7, n.3, p.324-334, set./dez. 2010.

83. NEDEL, Fúlvio Borges; FACCHINI, Luiz Augusto; MARTIN, Miguel; NAVARRO, Albert. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.19, n.1, p. 61-75, jan./mar. 2010.
84. NEGREIROS, Teresa Creusa de Góes Monteiro. Envelhecimento e espiritualidade: algumas considerações psicossociais. **Revista Magis Cadernos de Fé e Cultura**, n.43, 2003.
85. _____. Sexualidade e gênero no envelhecimento. **ALCEU**, Rio de Janeiro, v.5, n.9, p.77-86, jul/dez. 2004.
86. NERI, A. L. **Qualidade de vida na velhice**: enfoque multidisciplinar. Campinas, SP: Alínea, 2011.
87. NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, A.A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
88. NUNES, Daniella Pires; NAKATANI, Adélia YaekoKyosen; SILVEIRA, Érika Aparecida; BACHION, Maria Márcia; SOUZA, Marta Rovey de. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por Equipes Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p.2887-2898, 2010.
89. OLIVEIRA, C. R.; ROSA, M.S.; PINTO, A.M.; BOTELHO, MS.; MORAIS, A.; VERÍSSIMO, M.T.. **Estudo do perfil do envelhecimento da população Portuguesa**. Coimbra: Gabinete Editorial de Relações Públicas e Imagem da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2008.
90. OLIVEIRA, Rita de. Cássia da Silva. O processo histórico do estatuto do idoso e a inserção pedagógica na universidade aberta. **Revista Histedbr**, Campinas, n.28, p.278-286, dez.2007
91. _____. Políticas públicas, educação e a pesquisa sobre o idoso no Brasil: diferentes abordagens da temática nas teses e dissertações (de 2000 a 2009). In: IX **Seminário de Pesquisa em Educação na Região Sul**, 2012.
92. OLIVEIRA, Rita de Cássia Silva; SCORTEGAGNA, Paola Andressa; OLIVEIRA, F. S. **O envelhecimento e a velhice**: teorias, demografia e política. Curitiba: CRV, 2011.
93. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Mundial sobre Envelhecimento. **Resolução 39/125**. Viena: Organização das Nações Unidas; 1982.
94. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma

política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

95. OMS/UNICEF. **Relatório da Conferência Internacional Sobre Cuidados de Saúde Alma-Ata**, URSS, 12 de setembro de 1978, Brasil, 1979.
96. PAIM, Jaimilson S; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma “nova Saúde Pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.32, n.4, p.299-316, ago.1998.
97. PAPALÉO-NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V; PY, L; NERI, A. L; CANÇADO, F. A. X; GORZONI, M. L; ROCHA, S. M. (Org). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.2-12.
98. PAPPAS, G; HADDEN, W. C; KOZAK, L. J; FISHER, G. F. Potentially Avoidable Hospitalizations: inequalities in rates between US Socioeconomic groups. **American Journal of Public Health**, v. 87, n.5, p.811-816, maio 1997.
99. PEREIRA, Adriane Miró Vianna Benke; SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; SCHWANKE, Carla Helena Augustin. Geriatria, uma especialidade centenária. **Scient Méd**, v.19, n.4, p.54-61, out./dez. 2009.
100. PICCOLO, Gustavo Martins. Os caminhos dialéticos do envelhecimento e sua relação com a educação física contemporânea. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.169-177, 2011.
101. POL, L, G; THOMAS, R, K. **The demography of health and healthcare**. 2nd ed. New York: Kluwer Academic/ Plenum; 2000.
102. PRADO, Shirley Donizete; SAYD, Jane Dutra. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: grupos e linhas de pesquisa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.57-68, jul./set. 2004.
103. RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centros urbanos: Projetos Episódicos. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n.3, p.793-797, jun.2003.
104. RODRIGUES, Cristina Guimarães; AFONSO, LuisEduardo. O efeito do status de sobrevivência sobre gastos com internações hospitalares públicos no Brasil em uma perspectiva temporal. **Estud. Econ.**, São Paulo, v.42, n.3, p.489-510.jul./set. 2012.
105. ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiológica & Saúde**. 7.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2013.
106. SAAD, Paulo Murad. O envelhecimento populacional e seus reflexos na área da saúde. In: **Anais** do VII Encontro de Estudos Populacionais. v. 3. Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1990. p. 353-370.

107. SALES, R; BARBOSA, E; OLIVEIRA J. **O perfil do idoso no Ceará 1998 a 2008**. Fortaleza: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará / Secretaria de Planejamento e Gestão, 2009.
108. SALGADO, Carmen Dalia Sanchez. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Esdud. Interdiscip. Envelhec.** Porto Alegre, v.4, p.7-19, 2002.
109. SANTOS, Antônio Carlos Gomes do Espírito; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo/Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.3, p.1875(11), 2011.
110. SANTOS, Geraldine Alves dos. Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n.1, nov. 2002.
111. SANTOS, Isabela Soares. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada**. Tese (Doutorado) Escola de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.
112. SANTOS, Marlete Bezerra dos; RIBEIRO, Sandra Aparecida. Dados sociodemográficos e condições de saúde de idosas inscritas no PSF de Maceió, AL. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, out./dez. 2011.
113. SANTOS, Silvana Sidney Costa. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontológica. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.63, n.6, p.1035-1039, nov./dez. 2010.
114. SANTOS, Vilma Constancia Fioravante dos; RUIZ, Eliziane Nicolodi Francescato; ROESE, Adriana; KALSING, Alice; GERHARDT, Tatiana Engel. Internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP): discutindo limites à utilização deste indicador na avaliação da atenção básica em saúde. **Rev Eletr de Com. Inf. Inov. em Saúde**. Rio de Janeiro, v.7, n.2, jun., 2013.
115. SHEINER, Louise. **The effects of technology on the age distribution of health spending: a cross-country perspective**. Washington, D.C.: Divisions of Research & Statistics and Monetary Affairs, Federal Reserve Board, 2004.
116. SHEPHARD, R. J. Envelhecimento, atividade física e saúde. São Paulo: Phorte, 2003.
117. SILVA, Alexandra Maria Sousa; FEIJÃO, Maria Luisa Ximenes. **A análise institucional da velhice e o papel das representações sociais como um saber prático**. dezembro, 2008. Disponível em: <<http://analiseinstitucional.wordpress.com/2008/12/12/sobre-a-velhice/>> Acesso em: 09 dez. 2013.
118. SILVA, Carla Silvana Oliveira; PEREIRA, Maria Ivanilde; YOSHITOME, Aparecida Yoshie; RODRIGUES NETO, João Felício Rodrigues;

- BARBOSA, Dulce Aparecida. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.811-818, out./dez. 2010.
119. SILVA, Luna Rodrigues Freitas. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.155-168, jan./mar. 2008.
120. SILVA, M. G. C. da. Economia da Saúde: da epidemiologia à tomada de decisão. In: ROUQUAYROL, M, Z. **Epidemiologia & Saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2013.p.533-565.
121. SILVA, M. G. C. da. **Introdução à economia da saúde**. Fortaleza: UECE/Expressão, 2004.
122. SPILLMAN, B. C. Changes in elderly disability rates and the implication for health care utilization cost. **Milbank Q**, v.82, n.1, p.157-194, 2004.
123. SOUSA, F. J. P. de *et AL*. Idosos e saúde no Ceará: condições de acesso e qualidade de vida. In: **Pesquisa para o SUS no Estado do Ceará**: coletânea de artigos PPSUS – e/ Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. – Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. 2008.
124. STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
125. TRAVASSOS, Cláudia; NOVAIS, Hillegonda Maria Dutilh. Investigação e avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v.20, n.2, p.144-145, 2004.
126. VERAS, R. A era dos idosos: desafios contemporâneos. In: SALDANHA, A. L; CALDAS, C. P (orgs.). **Saúde do idoso**: a arte do cuidar. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p. 3-10.
127. _____. **Terceira idade**: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro/ third age. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.
128. VERAS, Renato Peixoto. Considerações acerca de um jovem país que envelhece. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.4, n.4, p.382-397, 1988.
129. _____. **Terceira idade**: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.
130. VICTOR, Janaina Fonseca; XIMENES, Lorena Barbosa; ALMEIDA, Paulo Cesar de; VASCONCELOS, Francisca de Fátima. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paul Enferm.**, v.22, n.1, p.49-54, 2009.
131. VIÑA, J; BORRÁS, C; MIGUEL, J. Critical review theories of ageing.

IUBMB Life, v.59, n.4-5, p.249-254, abr./maio 2007.

132. WONG, Laura L. Rodriguez; CARVALHO, J. A. M. O rápido processo de envelhecimento no Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista brasileira de estudos populacionais**, v.23, n.1, p.5-26, jan./jun. 2006.
133. WONG, Laura R. **O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade**: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional / Universidade Federal de Minas Gerais / Associação Brasileira de Estudo Populacionais, 2001.
134. ZWEIFEL, P; FELDER, S; MEIERS, M. Ageing of population and health care expenditure: a red herring? **Health Econ**, v.8, p.485-496, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Compromisso de uso de Banco de Dados

Eu, Juliana Lucena de Miranda Cavalcante, abaixo assinado, pesquisadora envolvida no projeto de título: “GASTOS COM INTERNAÇÕES EM IDOSOS NO SUS: uma análise das condições sensíveis às ações da atenção primária” comprometo-me a utilizar as informações coletados nos arquivos do banco de dados gerados pelo DATASUS, somente para fins de pesquisas científicas, bem como manter a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. 196/2012 do Ministério da Saúde. Informo que os dados que serão coletados dizem respeito às internações de idosos por condições sensíveis às ações da atenção primária em saúde, realizados com dados referentes a todas as internações realizadas nas instituições hospitalares do Estado do Ceará, ocorridos entre as datas de janeiro de 2000 a dezembro de 2011.

Fortaleza, 19 de fevereiro de 2013.

Nome	R.G.	Assinatura
Juliana Lucena de Miranda Cavalcante	2007029036460	
Marcelo Gurgel Carlos da Silva	465214	

APÊNDICE B

Internações públicas em idosos por macrorregião no Ceará, segundo faixa etária, nos anos 2000 e 2011

Faixa etária	Fortaleza		Sobral		Cariri	
	2000	2011	2000	2011	2000	2011
60 a 69 anos	6.372	14.476	2.384	2.687	638	991
70 a 79 anos	6.449	13.018	2.561	3.027	665	1.169
80 e mais anos	4.016	10.953	1.454	3.001	414	1.065
Total	16.837	38.447	6.399	8.715	1.717	3.225

Fonte: Datasus/Tabwin.

APÊNDICE C

Distribuição das frequências de ICSAP por região de saúde/ano, incluindo a variação percentual entre 2000 a 2011

Microrregiões	Frequência de ICSAP em idosos por microrregiões de saúde no período de 2000 a 2011												Variação em % 2011/2000
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Fortaleza	9.668	9.708	9.405	9.746	10.414	10.203	9.784	11.154	9.144	9.655	9.127	10.056	4,0
Caucaia	941	1.026	1.234	1.084	1.017	917	848	922	687	715	711	854	(9,2)
Maracanaú	937	929	1.299	1.272	1.269	1.198	1.120	1.064	763	904	826	869	(7,3)
Baturité	550	573	522	491	524	568	511	514	445	550	517	466	(15,3)
Canindé	739	735	735	693	722	732	716	581	474	690	721	849	14,9
Itapipoca	700	817	873	774	760	804	680	623	730	679	717	761	8,7
Aracati	443	375	549	404	544	386	441	521	441	443	285	204	(54,0)
Quixadá	1.685	1.865	1.623	1.719	1.688	1.396	1.259	1.015	817	943	1.037	1.006	(40,3)
Russas	867	999	1.023	844	932	819	691	642	600	899	747	840	(3,1)
Limoeiro	952	1.214	1.341	1.310	1.257	1.021	904	784	872	803	664	833	(12,5)
Sobral	2.434	2.564	3.025	3.561	3.273	3.344	3.380	3.388	3.213	3.557	3.412	3.407	40,0
Acaraú	693	768	695	536	625	538	537	615	453	669	605	560	(19,2)
Tianguá	1.171	1.406	1.411	1.244	1.449	1.184	1.241	1.219	1.058	1.535	1.566	1.450	23,8
Tauá	671	866	804	715	677	571	731	744	519	839	1.130	915	36,4
Crateús	2.249	2.286	2.376	2.388	2.620	2.364	2.221	2.156	1.546	1.748	1.668	1.807	(19,7)
Camocim	266	335	323	298	473	586	593	456	385	443	419	396	48,9
Icó	1.433	1.407	1.114	1.082	1.309	1.175	1.240	1.201	998	948	1.041	876	(38,9)
Iguatu	2.257	2.428	2.302	2.505	2.643	2.817	2.345	1.911	1.640	2.337	2.162	2.222	(1,6)
Brejo	1.668	1.992	1.677	1.850	2.414	2.172	2.161	2.246	2.295	2.320	2.237	2.380	42,7
Crato	2.695	3.179	3.181	3.291	3.366	3.175	3.515	3.180	2.322	2.975	2.899	3.027	12,3
Juazeiro	2.419	2.813	2.748	2.639	2.651	2.516	2.641	2.655	2.144	2.327	2.203	2.119	(12,4)
Cascavel	627	693	636	473	519	739	770	740	888	860	671	702	12,0

Fonte: SIA/SUS/DATASUS

APÊNDICE D

Frequência de internações em idosos por grupos de condições sensíveis as ações da atenção primária em saúde no Ceará (DATASUS)

Grupos de ICSAP	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensív	135	122	116	125	138	129	111	113	179	289	421	352	2.227
Gastroenterites Infecciosas e complicações	5.787	7.068	8.030	8.680	7.988	8.189	8.323	7.364	6.116	5.852	5.596	4.969	84.062
Anemia	206	213	357	381	434	494	430	560	480	420	473	385	4.833
Deficiências nutricionais	674	603	521	524	412	484	448	626	513	382	418	536	6.144
Infecções de ouvido, nariz e garganta	74	67	19	12	15	9	12	14	68	97	92	97	573
Pneumonias bacterianas	867	657	798	1.105	1.490	1.193	1.186	1.061	1.280	1.630	1.298	1.728	14.293
Asma	5.171	4.147	3.904	3.747	4.442	3.501	3.051	2.550	1.995	2.148	1.630	1.675	37.961
Doenças pulmonares	2.710	2.436	2.386	2.032	2.402	2.204	2.092	2.234	2.037	2.269	2.158	2.765	27.725
Hipertensão	2.733	3.568	3.344	3.369	3.723	3.592	3.275	3.435	2.461	2.589	2.281	2.018	36.390
Angina	1.118	1.168	1.326	1.851	1.996	1.781	1.914	2.121	1.541	1.811	1.826	1.678	20.131
Insuficiência cardíaca	7973	7965	7729	7477	8220	7.781	7.235	7.781	7.862	7.242	6.892	7.334	90.456
Doenças cerebrovasculares	4524	4683	4344	3991	3907	3.888	3.962	3.953	3.084	4.391	4.524	4.898	50.149
Diabetes melitus	2312	2689	2358	2063	2108	2.080	2.161	2.428	3.251	3.251	3.254	3.530	30.798
Epilepsias	100	70	91	112	107	108	94	111	92	137	122	161	1.305
Infecção no rim e trato urinário	1121	1234	1287	1426	1546	1.691	1.608	1.876	1.756	2.178	2.312	1.964	20.024
Infecção da pele e tecido subcutâneo	619	538	435	564	700	574	595	673	880	1.443	1.368	1.872	10.260
Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	51	44	45	37	41	35	40	36	29	49	54	36	497
Úlcera gastrointestinal	1583	1502	1579	1268	1315	1.326	1.304	1.250	242	551	537	517	13.147

Fonte: SIH/DATASUS

APÊNDICE E

Gastos (deflacionados) federais, em reais, com ICSAP, em idosos, no Estado, no período de 2000 a 2011

Grupos de ICSAP	continua							
	2000	2001	2002	Triênio	2003	2004	2005	Triênio
1. Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensív	154.384,13	105.837,11	173.317,84	433.539,08	181.073,88	182.357,36	106.396,09	469.827,33
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	2.617.342,67	2.913.752,77	2.974.024,61	8.505.120,05	2.731.410,46	2.827.980,16	2.962.357,86	8.521.748,49
3. Anemia	108.597,27	104.938,94	150.459,10	363.995,30	132.569,53	160.291,72	188.207,05	481.068,31
4. Deficiências nutricionais	514.736,16	376.764,84	315.948,43	1.207.449,43	275.981,46	239.591,01	255.801,23	771.373,70
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	25.365,95	22.159,89	6.230,08	53.755,92	2.747,56	4.233,71	2.773,63	9.754,89
6. Pneumonias bacterianas	459.431,72	321.979,73	508.006,92	1.289.418,37	661.436,37	826.712,37	624.261,83	2.112.410,57
7. Asma	3.872.640,42	2.829.497,00	2.488.786,72	9.190.924,13	2.001.774,99	2.166.686,33	1.672.175,84	5.840.637,16
8. Doenças pulmonares	2.751.243,74	2.282.497,27	1.918.388,10	6.952.129,11	1.264.938,67	1.664.609,49	1.744.853,13	4.674.401,29
9. Hipertensão	1.025.322,10	1.197.157,34	1.031.574,46	3.254.053,90	958.519,45	1.127.315,29	1.098.541,48	3.184.376,22
10. Angina	978.985,16	1.021.235,21	2.885.486,14	4.885.706,52	6.264.126,50	5.223.811,50	3.381.826,42	14.869.764,42
11. Insuficiência cardíaca	9.874.707,17	8.943.728,11	7.961.303,17	26.779.738,45	6.440.368,50	8.061.396,18	8.194.404,62	22.696.169,30
12. Doenças cerebrovasculares	5.067.256,99	4.688.701,61	3.864.864,48	13.620.823,09	3.572.162,66	4.074.888,21	4.369.305,12	12.016.355,98
13. Diabetes melitus	2.110.483,92	2.200.259,11	1.422.949,62	5.733.692,65	1.050.480,49	1.174.039,68	1.246.558,08	3.471.078,26
14. Epilepsias	38.433,11	29.481,38	31.034,28	98.948,77	39.393,13	29.776,43	29.382,41	98.551,97
15. Infecção no rim e trato urinário	471.476,43	468.999,58	461.305,90	1.401.781,91	435.549,27	503.784,86	571.051,49	1.510.385,62
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	427.665,71	321.472,78	374.231,20	1.123.369,69	366.044,51	428.021,89	300.174,81	1.094.241,21
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	40.210,40	31.896,83	19.724,70	91.831,93	19.981,89	19.456,46	11.341,11	50.779,47
18. Úlcera gastrointestinal	1.039.458,99	934.772,86	862.185,88	2.836.417,73	613.179,57	692.390,19	686.622,56	1.992.192,32
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	1.049,68	-	3.185,14	4.234,82	4.551,23	5.541,46	562,87	10.655,57
Total	31.578.791,72	28.795.132,35	27.453.006,76	87.826.930,83	27.016.290,11	29.412.884,31	27.446.597,65	83.875.772,07

APÊNDICE F

Gastos (deflacionados) federais, em reais, com ICSAP, em idosos, no Estado, no período de 2000 a 2011

Grupos de ICSAP	2006	2007	2008	Triênio	2009	2010	2011	Triênio	conclusão
									Total
1. Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensív	104.542,88	93.164,79	117.682,23	315.389,89	325.595,12	417.697,65	292.539,07	1.035.831,84	2.254.588,14
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	3.065.083,96	2.668.100,36	2.221.096,45	7.954.280,77	2.286.481,74	2.261.815,51	1.730.135,80	6.278.433,04	31.259.582,35
3. Anemia	151.534,94	210.738,92	168.022,35	530.296,21	156.929,67	187.437,20	128.864,60	473.231,47	1.848.591,29
4. Deficiências nutricionais	258.378,32	393.523,20	322.419,26	974.320,78	228.835,77	259.939,32	320.852,55	809.627,64	3.762.771,54
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	3.298,99	5.272,63	14.852,08	23.423,71	69.013,17	32.213,48	24.674,97	125.901,62	212.836,14
6. Pneumonias bacterianas	627.926,72	657.034,14	992.076,09	2.277.036,95	1.350.300,17	1.281.616,50	1.320.975,51	3.952.892,18	9.631.758,07
7. Asma	1.398.806,70	1.257.242,13	1.066.774,90	3.722.823,74	1.265.292,77	999.059,22	912.232,28	3.176.584,27	21.930.969,30
8. Doencas pulmonares	1.585.709,85	1.653.999,50	1.543.593,39	4.783.302,74	1.766.595,47	1.775.518,04	1.907.190,82	5.449.304,33	21.859.137,46
9. Hipertensão	1.108.736,19	1.234.888,88	604.186,00	2.947.811,07	715.715,54	661.233,84	519.190,02	1.896.139,40	11.282.380,58
10. Angina	3.140.661,04	4.131.854,53	3.827.412,10	11.099.927,67	5.422.395,84	5.002.704,57	5.355.319,53	15.780.419,93	46.635.818,54
11. Insuficiência cardíaca	7.189.315,09	7.670.837,88	7.010.929,72	21.871.082,69	8.060.209,54	7.904.275,60	7.293.905,38	23.258.390,52	94.605.380,96
12. Doenças cerebrovasculares	3.836.830,62	4.180.919,16	3.660.534,26	11.678.284,04	5.888.023,51	5.333.955,64	4.573.601,43	15.795.580,58	53.111.043,69
13. Diabetes melitus	1.134.876,28	1.222.965,33	1.390.884,93	3.748.726,54	1.884.904,81	2.005.308,66	1.776.259,49	5.666.472,96	18.619.970,40
14. Epilepsias	18.888,31	24.639,99	22.688,41	66.216,71	44.380,40	28.886,11	43.775,72	117.042,23	380.759,68
15. Infecção no rim e trato urinário	524.833,01	614.623,48	567.657,80	1.707.114,29	752.016,79	933.081,87	591.642,22	2.276.740,88	6.896.022,70
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	291.339,44	334.393,69	347.158,76	972.891,90	656.193,64	684.005,32	821.291,93	2.161.490,89	5.351.993,68
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	15.632,01	10.829,83	17.014,19	43.476,02	23.463,04	19.896,07	18.580,08	61.939,19	248.026,61
18. Úlcera gastrointestinal	649.287,18	653.118,34	230.984,53	1.533.390,05	352.601,51	368.622,03	289.274,52	1.010.498,06	7.372.498,15
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	266.266,87	1.135,85	622,93	268.025,65	344,74	-	9.913,25	10.257,99	293.174,03
Total	25.371.948,40	27.019.282,61	24.126.590,39	76.517.821,40	31.249.293,21	30.157.266,62	27.930.219,17	89.336.779,00	337.557.303,30

Fonte: SENSIVEISAT.BAS.1

APÊNDICE G

Gastos federais (deflacionados) em reais com internações de idosos por grupos de ICSAP em saúde no Ceará, no período de 2000 a 2011

Grupos de ICSAP	2000	2001	2002	Triênio	2003	2004	2005	Triênio
1. Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensív	154.384,13	105.837,11	173.317,84	433.539,08	181.073,88	182.357,36	106.396,09	469.827,33
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	2.617.342,67	2.913.752,77	2.974.024,61	8.505.120,05	2.731.410,46	2.827.980,16	2.962.357,86	8.521.748,49
3. Anemia	108.597,27	104.938,94	150.459,10	363.995,30	132.569,53	160.291,72	188.207,05	481.068,31
4. Deficiências nutricionais	514.736,16	376.764,84	315.948,43	1.207.449,43	275.981,46	239.591,01	255.801,23	771.373,70
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	25.365,95	22.159,89	6.230,08	53.755,92	2.747,56	4.233,71	2.773,63	9.754,89
6. Pneumonias bacterianas	459.431,72	321.979,73	508.006,92	1.289.418,37	661.436,37	826.712,37	624.261,83	2.112.410,57
7. Asma	3.872.640,42	2.829.497,00	2.488.786,72	9.190.924,13	2.001.774,99	2.166.686,33	1.672.175,84	5.840.637,16
8. Doenças pulmonares	2.751.243,74	2.282.497,27	1.918.388,10	6.952.129,11	1.264.938,67	1.664.609,49	1.744.853,13	4.674.401,29
9. Hipertensão	1.025.322,10	1.197.157,34	1.031.574,46	3.254.053,90	958.519,45	1.127.315,29	1.098.541,48	3.184.376,22
10. Angina	978.985,16	1.021.235,21	2.885.486,14	4.885.706,52	6.264.126,50	5.223.811,50	3.381.826,42	14.869.764,42
11. Insuficiência cardíaca	9.874.707,17	8.943.728,11	7.961.303,17	26.779.738,45	6.440.368,50	8.061.396,18	8.194.404,62	22.696.169,30
12. Doenças cerebrovasculares	5.067.256,99	4.688.701,61	3.864.864,48	13.620.823,09	3.572.162,66	4.074.888,21	4.369.305,12	12.016.355,98
13. Diabetes	2.110.483,92	2.200.259,11	1.422.949,62	5.733.692,65	1.050.480,49	1.174.039,68	1.246.558,08	3.471.078,26
14. Epilepsias	38.433,11	29.481,38	31.034,28	98.948,77	39.393,13	29.776,43	29.382,41	98.551,97
15. Infecção no rim e trato urinário	471.476,43	468.999,58	461.305,90	1.401.781,91	435.549,27	503.784,86	571.051,49	1.510.385,62
16. Infecção da pele e tecido sub	427.665,71	321.472,78	374.231,20	1.123.369,69	366.044,51	428.021,89	300.174,81	1.094.241,21
17. Doença Infl. órgãos pélvicos	40.210,40	31.896,83	19.724,70	91.831,93	19.981,89	19.456,46	11.341,11	50.779,47
18. Úlcera gastrointestinal	1.039.458,99	934.772,86	862.185,88	2.836.417,73	613.179,57	692.390,19	686.622,56	1.992.192,32

continua

APÊNDICE H

Gastos federais (deflacionados) em reais com internações de idosos por grupos de ICSAP em saúde no Ceará, no período de 2000 a 2011

Grupos de ICSAP									conclusão
	2006	2007	2008	Triênio	2009	2010	2011	Triênio	Total
1. Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensív	104.542,88	93.164,79	117.682,23	315.389,89	325.595,12	417.697,65	292.539,07	1.035.831,84	2.254.588,14
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	3.065.083,96	2.668.100,36	2.221.096,45	7.954.280,77	2.286.481,74	2.261.815,51	1.730.135,80	6.278.433,04	31.259.582,35
3. Anemia	151.534,94	210.738,92	168.022,35	530.296,21	156.929,67	187.437,20	128.864,60	473.231,47	1.848.591,29
4. Deficiências nutricionais	258.378,32	393.523,20	322.419,26	974.320,78	228.835,77	259.939,32	320.852,55	809.627,64	3.762.771,54
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	3.298,99	5.272,63	14.852,08	23.423,71	69.013,17	32.213,48	24.674,97	125.901,62	212.836,14
6. Pneumonias bacterianas	627.926,72	657.034,14	992.076,09	2.277.036,95	1.350.300,17	1.281.616,50	1.320.975,51	3.952.892,18	9.631.758,07
7. Asma	1.398.806,70	1.257.242,13	1.066.774,90	3.722.823,74	1.265.292,77	999.059,22	912.232,28	3.176.584,27	21.930.969,30
8. Doenças pulmonares	1.585.709,85	1.653.999,50	1.543.593,39	4.783.302,74	1.766.595,47	1.775.518,04	1.907.190,82	5.449.304,33	21.859.137,46
9. Hipertensão	1.108.736,19	1.234.888,88	604.186,00	2.947.811,07	715.715,54	661.233,84	519.190,02	1.896.139,40	11.282.380,58
10. Angina	3.140.661,04	4.131.854,53	3.827.412,10	11.099.927,67	5.422.395,84	5.002.704,57	5.355.319,53	15.780.419,93	46.635.818,54
11. Insuficiência cardíaca	7.189.315,09	7.670.837,88	7.010.929,72	21.871.082,69	8.060.209,54	7.904.275,60	7.293.905,38	23.258.390,52	94.605.380,96
12. Doenças cerebrovasculares	3.836.830,62	4.180.919,16	3.660.534,26	11.678.284,04	5.888.023,51	5.333.955,64	4.573.601,43	15.795.580,58	53.111.043,69
13. Diabetes	1.134.876,28	1.222.965,33	1.390.884,93	3.748.726,54	1.884.904,81	2.005.308,66	1.776.259,49	5.666.472,96	18.619.970,40
14. Epilepsias	18.888,31	24.639,99	22.688,41	66.216,71	44.380,40	28.886,11	43.775,72	117.042,23	380.759,68
15. Infecção no rim e trato urinário	524.833,01	614.623,48	567.657,80	1.707.114,29	752.016,79	933.081,87	591.642,22	2.276.740,88	6.896.022,70
16. Infecção da pele e tecido sub	291.339,44	334.393,69	347.158,76	972.891,90	656.193,64	684.005,32	821.291,93	2.161.490,89	5.351.993,68
17. Doença Infl órgãos pélvicos	15.632,01	10.829,83	17.014,19	43.476,02	23.463,04	19.896,07	18.580,08	61.939,19	248.026,61
18. Úlcera gastrointestinal	649.287,18	653.118,34	230.984,53	1.533.390,05	352.601,51	368.622,03	289.274,52	1.010.498,06	7.372.498,15

Fonte: DATASUS

APÊNDICE I
Distribuição das taxas de ICSAP e não-ICSAP em idosos no Ceará nos anos
2000 e 2011

Regiões de saúde	Taxas de ICSAP		Taxa de não ICSAP	
	2000	2011	2000	2011
Fortaleza	436,9	283,8	954,4	779,8
Caucaia	451,8	260,8	607	611,3
Maracanaú	513,8	310	696,4	857,4
Baturité	505	391,3	514,9	723,2
Canindé	450,8	395,8	548,2	611,3
Itapipoca	390,3	305,6	575,4	561,8
Aracati	613,9	207,8	678,3	706,3
Quixadá	612,2	308,5	586,5	634,2
Russas	547,8	430,7	745,3	910,2
Limoeiro do Norte	499,7	354,7	584,9	619,6
Sobral	419,7	426	612,1	727,6
Acaraú	525,9	321,7	523,2	452,7
Tianguá	530,3	481	444,6	631,8
Tauá	635,8	619,4	415,2	644,7
Crateús	721,4	470,4	573,3	561,8
Camocim	264,8	302,5	375,8	449,3
Icó	820,2	396,4	537	571,5
Iguatu	712,1	539,5	645,6	584,1
Brejo Santo	866,8	940,8	603	843,1
Crato	862,5	779,3	615,5	763,6
Juazeiro do Norte	667,5	383,6	512,8	733,6
Cascavel	445,6	349	527,4	533,1

Fonte: DATASUS/TABWIN

ANEXOS

ANEXO A – PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando o estabelecido no Parágrafo único, do art. 1º, da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, determinando que a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, publicará os manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas dessa Política;

Considerando a Estratégia Saúde da Família como prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil;

Considerando o impacto da atenção primária em saúde na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária em vários países;

Considerando as listas de internações por condições sensíveis à atenção primária existentes em outros países e a necessidade da criação de uma lista que refletisse as diversidades das condições de saúde e doença no território nacional;

Considerando a possibilidade de incluir indicadores da atividade hospitalar para serem utilizados como medida indireta do funcionamento da atenção básica brasileira e da Estratégia Saúde da Família; e,

Considerando o resultado da Consulta Pública nº 04, de 20 de setembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 183, de 21 de setembro de 2007, Página 50, Seção 1, com a finalidade de avaliar as proposições apresentadas para elaboração da versão final da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, resolve:

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

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

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

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

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA
SECRETÁRIO

Quadro 1 – Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária

Diagnóstico CID 10	Códigos Selecionados
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A37; A36; A33 a A35; B26; B06; B05; A95; B16; G00.0; A17.0 A19; A15.0 a A15.3; A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9; A18; I00 a I02; A51 a A53; B50 a B54
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86; A00 a A09
3. Anemia	D50
4. Deficiências nutricionais	E40 a E46; E50 a E64
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66; J00; J01; J02; J03; J06; J31
6. Pneumonias bacterianas	J13; J14; J15.3, J15.4; J15.8, J15.9; J18.1
7. Asma	J45, J46
8. Doenças pulmonares	J20, J21; J40; J41; J42; J43; J47; J44;
9. Hipertensão	I10; I11
10. Angina	I20
11. Insuficiência cardíaca	I50; J81
12. Doenças cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13. Diabetes <i>mellitus</i>	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1; E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8; E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14. Epilepsias	G40, G41
15. Infecção no rim e trato urinário	N10; N11; N12; N30; N34; N39.0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46; L01; L02; L03; L04; L08
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70; N71; N72; N73; N75; N76
18. Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23; A50; P35.

Fonte: Portaria SAS/MS nº221, de 17 de abril de 2008

ANEXO B
Histórico de inflação efetiva no Brasil no período de 2000 a 2011

Histórico de metas para a inflação no Brasil	
Ano	Inflação efetiva (%)
2000	5,97
2001	7,67
2002	12,53
2003	9,3
2004	7,6
2005	5,69
2006	3,14
2007	4,46
2008	5,9
2009	4,31
2010	5,91
2011	6,5

Fonte: Banco Central do Brasil

ANEXO C

Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GASTOS COM INTERNAÇÕES EM IDOSOS NO SUS: uma análise das condições sensíveis às ações da atenção primária

Pesquisador: Juliana Lucena de Miranda Cavalcante

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14643213.9.0000.5534

Instituição Proponente: Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 370.566

Data da Relatoria: 10/06/2013

Apresentação do Projeto:

O aumento da expectativa de vida humana, o controle e a diminuição da natalidade e da melhoria das tecnologias em saúde ensejaram o aumento do número de idosos e, conseqüentemente, a uma alteração na estrutura etária da população mundial. Estudos apontam que um aumento dos gastos em saúde pode estar relacionado, de forma direta, ao aumento da idade das pessoas. Portanto, para a realização deste estudo foram feitos dois recortes, considerados essenciais, no que se refere à avaliação da qualidade da assistência: o primeiro a identificação do idoso como objeto principal do estudo, e o segundo, o uso de um indicador da atenção secundária, ligado à questão de evitabilidade, que fosse capaz de avaliar a qualidade da atenção primária em saúde, como as internações por condições sensíveis às ações da atenção primária. Assim, objetiva-se analisar gastos com internações de idosos no SUS, por grupos de condições sensíveis às ações da atenção primária, no estado do Ceará, segundo regiões de saúde, no período de 2000 a 2011. O estado apresenta um total de 184 municípios e uma população de 8.547.750 habitantes (IBGE, 2010). A partir do ano 2000, as regiões assistenciais do setor saúde foram redimensionadas, sendo subdividida em quatro macrorregiões Fortaleza, Sobral e Cariri, e 22 regiões de saúde (ARRUDA et al., 2010). Esse estudo caracteriza-se como ecológico quantitativo com abordagem descritiva e analítica. A população será composta por todas as internações realizadas pelo SUS nas

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 370.566

instituições hospitalares no estado do Ceará. Farão parte da amostra as internações de idosos por condições sensíveis e não sensíveis às ações da atenção primária no Estado. Internações de pessoas com mais de 60 anos não residentes no estado do Ceará; Internações que não gerarem AIHs; Casos de internação que tiveram AIH rejeitada. Serão excluídas as internações de pessoas com mais de 60 anos não residentes no estado do Ceará; Internações que não gerarem AIHs; Casos de internação que tiveram AIH rejeitada. Os dados da pesquisa serão obtidos, a partir de fonte secundária do Sistema de Informação de Internações Hospitalares - SIH, do Ministério da Saúde, disponíveis site do DATASUS (In: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>). Utilizar-se-á, para a coleta de dados, um formulário com formato de planilha com auxílio do Excel, de forma consonante com os objetivos que foram propostos. Os dados serão processados com o auxílio do programa estatístico SPSS, versão 18.0. As análises descritivas serão realizadas por meio das frequências (absolutas e percentuais) e parâmetros (média e desvio padrão). As análises inferenciais serão realizadas através de testes de regressão linear, com o intuito de testar a associação entre custos e os blocos de causas determinados, assumindo-se, neste estudo, intervalo de confiança de 95%. Portanto, acredita-se que os resultados deste estudo possam contribuir com uma análise detalhada desta situação, orientando na elaboração e implementação de políticas públicas, capazes de aprimorar a qualidade das avaliações nos serviços da atenção primária em saúde, além de minimizar o impacto relacionado aos gastos nestes serviços.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta como objetivo primário: analisar gastos com internações de idosos no SUS, por grupos de condições sensíveis às ações da atenção primária, no estado do Ceará, segundo regiões de saúde, no período de 2000 a 2011 e como secundários: apresentar dados demográficos relativos a idosos internados por condições sensíveis. - Identificar os principais indicadores de avaliação da atenção básica (oferta de serviços de saúde, condições de vida e internações). - descrever gastos, taxas de internações e letalidade, em idosos, por condições sensíveis e não-sensíveis. - testar a existência de associação entre gastos e os principais indicadores de avaliação da atenção básica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A autora revela como riscos, os relacionadas à utilização do banco de dados do DATASUS, pois, a partir deste, uma pessoa poderá ser internada várias vezes obtendo mais de um registro, este fato poderá levar a um número superestimado de internações. Outro elemento importante é o fato das hospitalizações serem relativas apenas as realizadas e pagas pelo SUS, restringindo a amplitude

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 370.566

dos seus resultados. Outro fator que merece ser destacado é o fato de não se considerar os gastos custeados de forma direta pelos indivíduos e famílias.

Relata como benéficos, a contribuição com uma análise detalhada desta situação, orientando na elaboração e implementação de políticas públicas, capazes de aprimorar a qualidade das avaliações nos serviços da atenção primária em saúde, além de minimizar o impacto relacionado aos gastos nestes serviços.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo aborda um tema de grande relevância para a saúde pública. Apresenta os objetivos claros e bem definidos, relativos a uma pesquisa quantitativa, com abordagem descritiva e inferencial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A autora apresenta:

- Folha de rosto preenchida adequadamente.
- Propõe dispensa de TCLE.
- Apresenta o cronograma adequada a coleta de dados após o parecer final de aprovação do CEP.

Recomendações:

Apresentar relatório via plataforma Brasil após o final da execução da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa segue aos ditames da Resolução 466/12 do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O estudo será realizado com dados disponibilizados em órgãos do governo e solicita dispensa do TCLE.

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 370.566

Os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados adequadamente.

FORTALEZA, 24 de Agosto de 2013

Assinador por:
DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO
(Coordenador)

ANEXO D
Quantitativo da população residente no Estado do Ceará, no período de 2000 a 2011

Regional de Saúde	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Fortaleza	2.262.591	2.302.433	2.338.450	2.376.364	2.414.648	2.462.404	2.502.437	2.542.839	2.550.810	2.587.760	2.606.663	2.643.285
Caucaia	455.201	467.403	477.764	488.827	499.943	516.956	528.866	540.803	547.815	558.430	564.060	574.101
Maracanaú	404.254	404.808	415.682	421.520	427.416	433.920	440.021	446.194	461.822	469.059	492.339	500.782
Baturité	123.928	124.842	125.867	126.975	128.081	128.591	129.685	130.807	129.938	130.961	133.185	134.297
Canindé	176.885	178.414	179.841	181.458	183.108	183.937	185.559	187.209	194.649	196.915	195.281	197.355
Itapipoca	227.936	232.122	235.412	239.205	243.001	247.737	251.726	255.758	261.920	266.144	272.494	276.869
Aracati	95.885	97.482	98.786	100.265	101.753	103.516	105.067	106.632	107.794	109.324	109.684	111.107
Quixadá	276.952	277.767	279.478	281.061	282.669	281.864	283.296	284.811	300.575	303.516	306.026	309.292
Russas	177.647	179.604	181.222	183.133	185.072	186.518	188.457	190.447	185.163	186.501	190.863	192.534
Limoeiro do Norte	201.861	203.264	204.830	206.484	208.189	208.773	210.441	212.175	218.887	221.330	216.392	218.194
Sobral	541.448	547.480	553.109	559.308	565.595	570.793	577.170	583.615	589.446	596.175	608.006	615.113
Acaraú	177.888	180.503	182.461	184.850	187.258	189.694	192.167	194.667	201.796	204.848	210.784	214.027
Tianguá	258.974	262.162	265.239	268.500	271.814	274.944	278.318	281.737	288.350	292.227	295.210	299.041
Tauá	106.241	106.329	106.663	107.008	107.368	106.510	106.795	107.075	109.061	110.035	110.878	111.617
Cratús	283.510	283.889	284.899	285.951	287.060	285.027	285.896	286.845	292.773	294.832	290.577	292.068
Camocim	138.619	140.137	141.398	142.889	144.395	145.516	147.025	148.564	149.270	150.810	150.108	150.753
Icó	164.508	164.212	164.558	164.835	165.130	163.216	163.337	163.506	164.722	165.260	168.042	168.880
Iguatu	283.931	284.961	285.933	287.226	288.600	287.182	288.349	289.615	303.660	306.619	306.778	309.559
Brejo Santo	191.382	192.922	193.929	195.394	196.901	197.165	198.589	200.075	195.701	197.116	205.272	206.999
Crato	299.253	301.795	304.616	307.531	310.530	312.320	315.249	318.263	318.393	321.319	328.410	331.718
Juazeiro do Norte	349.191	354.564	359.897	365.316	370.802	377.221	382.910	388.662	382.815	387.396	397.246	402.362
Cascavel	232.572	237.753	242.363	247.210	252.100	259.074	264.272	269.470	279.817	285.431	294.083	299.837
Total	7.430.657	7.524.846	7.622.397	7.721.310	7.821.433	7.922.878	8.025.632	8.129.769	8.235.177	8.342.008	8.452.381	8.559.790

Fonte: DATASUS/IBGE

ANEXO E

Índices gerais de preços do mercado (IGPM)

IGP-M - Índice Geral de Preços de Mercado (Base: Ago/94=100)

Mês	Número Índice Base: Ago/94=100	Variação percentual em relação ao mês anterior	Variação percentual acumulada no ano	Variação percentual acumulada em 12 meses
Jan/94	11,10			
Fev/94	15,62	40,78%		
Mar/94	22,76	45,71%		
Abr/94	32,07	40,91%		
Mai/94	45,73	42,58%		
Jun/94	66,41	45,21%		
Jul/94	92,97	40,00%		
Ago/94	100,00	7,56%		
Set/94	101,75	1,75%		
Out/94	103,60	1,82%		
Nov/94	106,55	2,85%		
Dez/94	107,45	0,84%		
Jan/11	453,88	0,79%	0,79%	10,21%
Fev/11	458,40	1,00%	1,80%	10,26%
Mar/11	461,25	0,62%	2,43%	10,11%
Abr/11	463,31	0,45%	2,89%	9,30%
Mai/11	465,31	0,43%	3,33%	8,85%
Jun/11	464,46	-0,18%	3,15%	8,48%
Jul/11	463,93	-0,12%	3,03%	7,53%
Ago/11	465,97	0,44%	3,48%	8,00%
Set/11	468,98	0,65%	4,15%	7,46%
Out/11	471,47	0,53%	4,70%	6,95%
Nov/11	473,81	0,50%	5,22%	5,95%
Dez/11	473,25	-0,12%	5,10%	5,10%

Multiplicador

Ano	Índice	Multiplicador a ser aplicado para correção
2000	187,125250	2,486753
2001	206,163250	2,257115
2002	232,854427	1,998391
2003	288,040667	1,615516
2004	315,037917	1,477074
2005	335,033250	1,388920
2006	340,796500	1,365431
2007	357,576917	1,301354
2008	398,102000	1,168882
2009	406,423583	1,144949
2010	390,747500	1,190882
2011	465,334250	1,000000

Fonte: Banco Central

